

doctrina

Cuestiones procesales en las reclamaciones por accidentes de circulación tras la Ley 35/2015 y la despenalización de las Faltas. La Reclamación, la Oferta y Respuesta Motivada, la controversia y la preparación de la acción judicial

José Manuel Villar Calabuig
Abogado

Sumario

1. Consideraciones preliminares.
2. La despenalización de las faltas y sus consecuencias en el proceso de reclamación.
3. El proceso extrajudicial. La reclamación al asegurador y su irretroactividad para accidentes anteriores al 1 de enero de 2016.
4. El nuevo proceso para determinar el daño corporal tras la despenalización de las faltas, y la controversia.
5. La presunta obligación de cuantificar la reclamación por el perjudicado.
6. El supuesto especial del auto de cuantía máxima.
7. La mediación como solución de conflictos en accidentes de circulación.
8. La convivencia de la consignación con el régimen de la oferta y respuesta motivada y los pagos a cuenta.
9. Los daños materiales y los convenios de indemnización directa.

1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Tras un año y diez meses de aplicación de la Ley 35/2015, el régimen de Oferta y Respuesta Motivada, y su grado de cumplimiento, o mejor dicho de incumplimiento, empieza a ser un problema para la gestión extrajudicial de las reclamaciones por accidente de tráfico. Lo que pretendía ser un procedimiento que permitiera la transparencia y la agilidad en las reclamaciones, se ha convertido en un claro conflicto entre el sector asegurador y los representantes de víctimas de accidentes de tráfico. La necesidad de esta reforma vino motivada por la reforma del Código Penal, con la supresión de las faltas, y la reforma del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Hasta ahora, nuestro sistema legal tenía un modelo especial para los accidentes de circulación con lesionados, como era el procedimiento de juicio de faltas y la valoración “pública” por el médico forense. Desde el 1 de julio de 2015 quedan despenalizadas las faltas (Ley 1/2015) y para los accidentes donde no se aprecie una imprudencia grave o menos graves, más del 90% de los accidentes, se pierde la opción para el lesionado de solicitar la valoración médica (y gratuita) al médico forense. Con esta reforma se ha buscado reducir el número de casos que “inundan” nuestros tribunales, con el siguiente argumento: *“No toda actuación culposa de la que se deriva un resultado dañoso debe dar lugar a responsabilidad penal, sino que el principio de intervención mínima y la consideración del sistema punitivo como última ratio, determinan que en la esfera penal deban incardinarse exclusivamente los supuestos graves de imprudencia, reconduciendo otro tipo de conductas culposas a la vía civil, en su modalidad de responsabilidad extracontractual o aquiliana de los artículos 1902 y siguientes del Código Civil, a la que habrá de acudir quien pretenda exigir responsabilidad por culpa de tal entidad”*. Este cambio legislativo, requería una solución urgente para evitar que se perjudicara a las víctimas de los accidentes de circulación, cargándoles con un gasto extra para valorar sus lesiones o quedar en manos de las entidades aseguradoras, y por ello se reformó el art. 7, según redacción introducida previamente por la Ley 21/2017, por sus evidentes defectos, pero difuminados por seguir vigente hasta ese momento los procedimientos penales de faltas.

La interpretable, por lo que estamos viendo, redacción introducida por la Ley 35/2015 requiere de una revisión urgente que impida que se siga actuando de forma dispar, pero sobre todo que impida que las víctimas queden desprotegidas y a merced de las entidades aseguradoras, obligando a la primera a incurrir en costes desproporcionados que hagan inviable acudir a los tribunales de justicia a resolver su controversia. Bien desde

la Comisión de Seguimiento de la Reforma, bien desde la voluntad de cumplir con el espíritu de la reforma que lleve a las compañías a actuar correctamente o bien desde la imposición por vía de reforma de la norma, como se nos llegó a anunciar hace unos meses, es necesario que algo cambie a corto plazo, pues, mientras tanto, muchos perjudicados están sufriendo las consecuencias y viendo como sus derechos han sido vulnerados.

2. LA DESPENALIZACIÓN DE LAS FALTAS Y SUS CONSECUENCIAS EN EL PROCESO DE RECLAMACIÓN.

Defensores, en su momento, de la supresión de los juicios de faltas en reclamaciones por accidentes de circulación, por no garantizar adecuadamente la tutela judicial efectiva en un proceso más pensado para soluciones rápidas de pequeños problemas vecinales o delincuencia menor, hoy por hoy, a la vista de cómo se está respondiendo a las víctimas, el arrepentimiento es pleno. Aún con la disparidad de criterios que seguían los médicos forenses, aún con la (semi) despenalización en algunas zonas, sigue siendo mejor para las víctimas que lo que hoy nos encontramos en un porcentaje elevado.

La filosofía de la reforma era plenamente compartida por la doctrina, no tanto su aplicación práctica, basada en darle a los accidentes de tráfico una relevancia penal adecuada al grado de imprudencia, evitando, como pasaba hasta ahora, que todos los accidentes de tráfico con resultado de lesiones se sustanciara por el juicio de faltas, al margen de apreciarse un grado de imprudencia superior. Así se convirtió en algo cómodo para todos, incluidas las compañías de seguros que habían organizado sus equipos y procesos sobre este modelo, y especializó a los juzgados de instrucción en “tribunales especiales de tráfico”. Incluso, seguramente el subconsciente, en alguna resolución hemos podido leer, en referencia a la reforma penal, que “los accidentes de tráfico han quedado despenalizados”.

La creación de nuevos delitos leves, con una tramitación similar a las antiguas faltas, no ha tenido efecto alguno y prácticamente son inexistentes. Estos delitos se sustanciarán conforme al procedimiento previsto en el libro VI de la Ley de Enjuiciamiento Criminal denominado “Juicio sobre delitos leves” (anterior juicio de faltas con modificaciones para adecuarlo a la nueva categoría).

La responsabilidad penal pasa a clasificarse en imprudencia grave e imprudencia menos grave, ligada (guste o no) a un resultado lesivo, pero la norma, a diferencia de lo que si quedaba definido en el Anteproyecto de Ley, no define que hechos y conductas conllevan imprudencia

forense fuera de un procedimiento penal, será siempre a cargo de la aseguradora.

- ✓ El informe forense será entregado a ambas partes, y obliga al asegurador a una nueva Oferta.
- ✓ Si finalmente la víctima no aceptase la oferta del asegurador, podrá acudir al proceso de mediación o a la vía jurisdiccional oportuna
- ✓ No se admitirá a tramite la demanda que no incluya la acreditación de haber presentado la reclamación, así como la oferta o respuesta motivada del asegurador, si se hubiera emitido por la aseguradora.

Esta sería la guía del nuevo modelo, pero en los detalles está la verdadera evolución de estas proclamas.

Entremos en esos detalles.

La Reclamación

Consecuencia de las innumerables críticas a la redacción de la Ley 21/2017, por su ausencia de definición y requisitos, la reforma puso especial, y puede ser que excesivo, foco en determinar los requisitos y el proceso para su validez.

Párrafo 3º del nuevo artículo 7.1 “No obstante, con carácter previo a la interposición de la demanda judicial, deberán comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda. Esta reclamación extrajudicial contendrá la identificación y los datos relevantes de quien o quienes reclamen, una declaración sobre las circunstancias del hecho, la identificación del vehículo y del conductor que hubiesen intervenido en la producción del mismo de ser conocidas, así como cuanta información médica asistencial o pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño.”

Dos novedades en una, la obligatoriedad de presentar la reclamación, aunque el texto inicialmente habla de comunicar el siniestro pidiendo la indemnización, con carácter previo a interposición de demanda, y por otro lado los requisitos que debe cumplir para entenderse válida.

Los nuevos requisitos son:

- ✓ Identificación de los reclamantes
- ✓ Circunstancias del hecho y del causante (de ser conocidas)
- ✓ Información médica o pericial (o de cualquier otro tipo) que permita la cuantificación.

Vuelven las dudas de a quien le corresponde realmente cuantificar la reclamación, a la víctima o a la aseguradora. Por un lado, se indica que la reclamación debe llevar la petición de la

indemnización, pero también se indica al final que se debe acompañar toda la información necesaria para que la aseguradora pueda cuantificar. En este punto podemos diferenciar el proceso a la vista del alcance de las lesiones y los perjuicios reclamados, donde para un lesionado grave, cuantificar plenamente su reclamación requiere una fase del proceso final, y ya no tendría sentido los siguientes apartados de este artículo, y para un lesionado leve será una carga que requiera de la intervención de profesionales especializados. Es evidente que esta exigencia de la reclamación tendría sentido si fuera justo antes de presentar una demanda judicial sin oportunidad de un acercamiento extra judicial, para que ambas partes puedan fijar su postura, pero que se incluya en el primer apartado de la norma confunde su verdadera intención y traslada al perjudicado unas obligaciones muy cuestionables. Confiábamos en que la práctica, como en otros supuestos, y más ese deber de diligencia que se les exige a las aseguradoras, redujera esta carga e hiciera que fuera un proceso más sencillo, donde el primer contacto del perjudicado con la aseguradora pone en marcha un proceso natural de identificación y liquidación de las indemnizaciones oportunas. Esa expectativa, en cuanto al primer contacto o reclamación, en términos generales, si podemos decir que se ha cumplido y casi todas las entidades activan sus protocolos con esa primera reclamación. Otra cosa será ya el proceso de liquidación, que aquí la confianza solo no vale.

Más complejo se nos antoja el paso de un proceso penal a un civil y si será requisito necesario presentar una reclamación extra judicial, aunque ya en el proceso penal se haya fijado posturas de ambas partes. Trataremos por separado la nueva regulación del Auto de cuantía máxima, pero es claramente un ejemplo. Los que hemos mantenido que el proceso de Oferta y Respuesta debe ser un proceso extra judicial, mantendremos que no será necesaria la reclamación previa a la interposición de demanda judicial cuando en el proceso penal se haya ejercitado la acción civil y la cuantificación de la reclamación, al margen de que el resultado hay sido la sentencia absolutoria. Pero también deberíamos entender que si ha habido reserva de acciones en el proceso penal la norma si va a obligar al perjudicado a presentar la reclamación como requisito para acudir al proceso civil.

En unas jornadas formativas realizadas en Unespa con al publicación de la Ley, se solicitaron algunas aclaraciones a parte de los miembros participantes en la reforma, sobre cómo proceder en el caso de la reclamación y la dicotomía entre el art. 7.1 y 7.2, donde se impone al perjudicado la obligación de reclamar antes de acudir a la vía judicial, pero a la vez, sin requisitos especiales, se exige al asegurador realizar la oferta. Estas fueron sus conclusiones más destacadas:

“Habría que distinguir:

- *Art. 7.2: obligación del asegurador de emitir una oferta o respuesta motivada en plazo de 3 meses desde la reclamación del perjudicado, sin concretar ningún requisito especial exigible a dicha reclamación del perjudicado.*

- *Art. 7.1: establecimiento de un requisito procesal para el perjudicado que consiste en la necesidad de que exista una reclamación previa del perjudicado (con un determinado contenido y aportando cierta documentación) para poder reclamar posteriormente en vía judicial. “*

Aquí se introduce algo que trataremos posteriormente como es si está el perjudicado obligado a cuantificar su reclamación antes de acudir a la vía judicial o no.

Si en el momento de realizar la reclamación, no se conoce la cuantificación de los daños, o bien por tratarse de lesiones de larga duración, y todavía no estén estabilizadas o bien, por no disponer de un informe de valoración médica, que permita cuantificar el importe de los daños personales: A lo único que obliga el citado art. 7, es a aportar toda la documentación médica o pericial que permita cuantificar los daños y determinar la indemnización que proceda, pero en el caso de que no se disponga de dicha información, nada impide que se formule la reclamación extrajudicial, dejando pendiente el importe a reclamar para un momento posterior, cuando se esté en disposición de poder conocer la cuantía de los daños.

Respecto a la documentación y el momento procesal para aportarla.

*Según dice literalmente el párrafo tercero del art. 7.1, la reclamación del perjudicado debe contener cuanta información médica, asistencial o pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño, por lo que la obligación del perjudicado es hacer entrega de la información de esta naturaleza de la que disponga en el momento de realizar la reclamación, **pero ello no impide**, que si no dispone de la misma o si dispusiera de información posterior no entregada anteriormente, no pudiera admitirse una demanda por adolecer de defectos la reclamación previa. De no ser así, se estaría vulnerando el derecho a la tutela judicial efectiva, derecho reconocido en nuestra Constitución.*

La irretroactividad de la reclamación previa en accidentes anteriores al 1 de enero de 2016.

La primera sorpresa, para algunos, fue encontrarnos con resoluciones judiciales que inadmitían demandas por accidentes anteriores al 1 de enero de 2016, al no cumplirse el requisito de procedibilidad de haber presentado la reclamación previa al asegurador. Esa sorpresa, venía derivada, seguramente, de que los

participantes en aquella época en los diversos foros de la reforma, teníamos claro que la Ley solo se aplicaría a los accidentes producidos a partir del primero de enero. Pero una de las disfunciones que produjo la estructura de la Ley 35/2015 con la reforma de determinados artículos de la Ley de Responsabilidad Civil, fue dejar la referencia expresa de la aplicación temporal para *“El sistema de valoración que establece esta Ley se aplicará únicamente a los accidentes de circulación que se produzcan tras su entrada en vigor.”*

Así, la junta de jueces de Bilbao aprobó *“Se exigirá el cumplimiento del art. 7.8 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor; en la redacción dada por 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; para las demandas interpuestas a partir del 1 de enero de 2016, con independencia de la fecha del accidente de tráfico.*

Puede que más provocado por el temor de la aplicación directa art. 1 a reclamaciones formuladas a partir de esa fecha, y al margen de la fecha de ocurrencia, especialmente menores o aquellos privados de capacidad civil, en las jornadas formativas de Unespa también se consultó al legislador por esta situación. Su respuesta fue clara *“Las modificaciones que se introducen en la LRCSCVM con la Ley 35/2015, entran en vigor según lo dispuesto en su disposición adicional quinta, a partir del 1 de enero de 2016, por lo que, atendiendo al principio general de derecho de irretroactividad de las normas, no podría aplicarse le nuevo régimen de la Oferta y Respuesta motivada con carácter retroactivo”.*

Como argumentos más jurídicos, los defensores de la irretroactividad de los artículos que modificaban la Ley de Responsabilidad Civil del Automóvil, han utilizado los criterios fijados en nuestro Código Civil y en la Ley de Enjuiciamiento Civil:

- Disposición Transitoria 4ª del Código Civil. *Si el ejercicio del derecho o de la acción se hallara pendiente de procedimientos oficiales empezados bajo la legislación anterior, y éstos fuesen diferentes de los establecidos por el Código, podrán optar los interesados por unos o por otros.*

- Art. 2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que dispone *“Salvo que otra cosa se establezca en disposiciones legales de Derecho transitorio, los asuntos que correspondan a los tribunales civiles se sustanciarán siempre por éstos con arreglo a las normas procesales vigentes, que nunca serán retroactivas”.*



Aun así, no podemos negar las dudas que el “descuido” normativo ha generado, y que autores como, por ejemplo, Juan José Marín López hayan manifestado que este requisito de procedibilidad entró en vigor el 1 de enero de 2016 (XXXIII Congreso de Circulación de Inese. Abril 2016)

La reacción de la jurisprudencia fue rápida, así como su difusión gracias a nuestra Asociación Española de Abogados Especializados en RC y Seguro, y conocimos los Autos de la AP de Alava de 3 de mayo de 2016, la AP de Gerona de 20 de mayo de 2016 y la AP de Granada de 3 de junio de 2016, y más que vinieron después, donde se seguía le criterio buscado por el legislador y destacamos el siguiente argumento: “*De este modo resulta incoherente una hermenéutica que traslada a un hecho previo, el accidente de autos, requisitos que en ese momento no se exigían, y sin embargo, resulte inaccesible a las eventuales mejoras sustantivas que introduce la reforma, en bloque, a partir del 1 de enero de 2016. Precisamente para evitar que las reclamaciones con base al nuevo baremo se multiplicaran, la norma, aprobada en septiembre de 2015, dispone su eficacia a partir de unos meses después.*”. A fecha de hoy parece que se

ha pacificado el problema y es sentido general en admitir las demandas.

4. EL NUEVO PROCESO PARA DETERMINAR EL DAÑO CORPORAL TRAS LA DESPENALIZACIÓN DE LAS FALTAS.

La norma se ha centrado especialmente en los daños corporales derivados del accidente de circulación, dejando en el Reglamento la resolución de los daños materiales tramitados por convenios.

Los deberes recíprocos del lesionado (colaboración) y la aseguradora (entrega del informe médico y oferta) que recoge en su artículo 37, que forma parte del Sistema, son:

Artículo 37. Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración.

1. La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema.

2. El lesionado debe prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos

designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones. El incumplimiento de este deber constituye causa no imputable a la entidad aseguradora a los efectos de la regla 8ª del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, relativa al devengo de intereses moratorios.

3. 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.

Que incluso se refuerza con el control sobre el lesionado del correcto tratamiento médico regulado en el Art. 1.2 párrafo 3º de la Ley.

Las reglas de los dos párrafos anteriores (conurrencia) se aplicarán también si la víctima incumple su deber de mitigar el daño. La víctima incumple este deber si deja de llevar a cabo una conducta generalmente exigible que, sin comportar riesgo alguno para su salud o integridad física, habría evitado la agravación del daño producido y, en especial, si abandona de modo injustificado el proceso curativo.

Lo que intentaba hacer la nueva regulación era ordenar las fases del proceso, que tanto se había discutido antes de la reforma. El tiempo nos ha dicho que el sector ha interpretado la norma de forma distinta, por la aprobación del artículo 7, a los abogados de víctimas y que se está produciendo un cierto “abuso”, por su posición, en el proceso por parte de algunas aseguradoras, incumpléndose el principio de transparencia de facilitar la información, lo que ha llevado a que sea uno de los temas a tratar, en primer lugar, por la Comisión de seguimiento de la Reforma del Baremo.

A modo de esquema, para el supuesto de Oferta Motivada, el proceso de valoración, cuantificación y Oferta podrían ser:

Opción 1. La aseguradora adopta una postura activa y el perjudicado solicita a la aseguradora que valore sus daños.

- El perjudicado comunica una primera reclamación con documentación inicial

- Los servicios médicos de la aseguradora, mediante seguimiento asistencial y/o pericial determinan las consecuencias lesivas del accidente.

- La aseguradora comunica la Oferta motivada, justificando la valoración y acompañando el informe definitivo, si no se lo facilitaron los servicios médicos.

- El perjudicado muestra conformidad o discrepancia con la Oferta.

Opción 2. La aseguradora espera documentación suficiente para hacer la Oferta motivada.

- El perjudicado comunica una primera reclamación con documentación, o no, inicial.

- La aseguradora queda a la espera de documentación suficiente para valorar.

- Perjudicado facilita toda la documentación relativa a sus daños y perjuicios.

- La aseguradora, a la vista de la documentación, sin la intervención de sus servicios médicos, realiza Oferta motivada sin informe médico o con informe de su asesoría médica.

- El perjudicado muestra conformidad o discrepancia con la Oferta.

Opción 3. Derivación de la anterior, la aseguradora sí da intervención a sus servicios médicos una vez dispone de toda la documentación, para confirmar su valoración.

Opción 4. El perjudicado reclama sus daños y perjuicios con reclamación cuantificada.

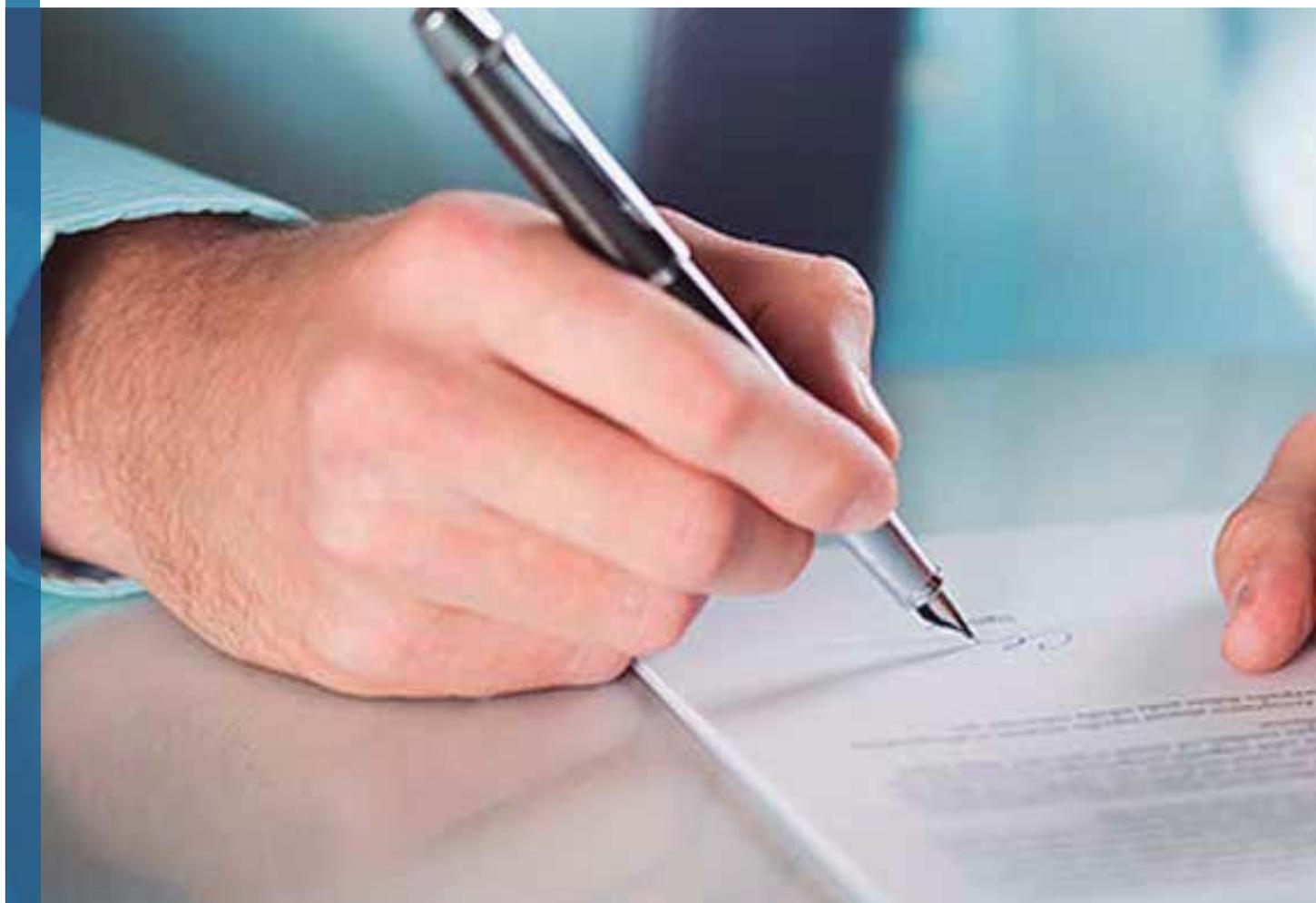
- El perjudicado presenta reclamación con toda la documentación que acredita sus daños y perjuicios, y reclama la indemnización cuantificando los daños y perjuicios.

- La aseguradora “podrá” dar intervención a sus servicios médicos o hacer la Oferta Motivada conforme a la Opción 2.

- El perjudicado acepta o rechaza.

Cierto es que las opciones son muy diversas, pero estas cuatro pueden venir a resumir el porcentaje mayoritario de casos. Donde se produce realmente la desconexión entre representantes de víctima y el sector es, principalmente, en si la aseguradora debe enviar siempre informe médico y si es la aseguradora o la víctima la que debe valorar inicialmente dando toda la información.

El Art. 7.2 párrafo segundo señala “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”. Ya vemos, por lo indicado en el 7.1 (la documentación que permita cuantificar) y ahora con este “podrá”, que la Ley más parece que busca que sea el perjudicado el que facilite toda la información médica y la aseguradora decide si su Oferta podrá basarse en informes periciales de sus servicios médicos o si puede



hacerse internamente. Este argumento ha sido acogido por muchas entidades a la hora de justificar el que no se envía el informe médico, siendo los tramitadores quienes valoran en base a la documentación médica aportada. Argumento que también siguen, de forma totalmente equivocada, cuando sí interviene su servicio médico y se pretende que ese no sea el informe definitivo que el Art. 37 obliga a los servicios médicos a entregar al perjudicado.

Esta parte del debate muestra claramente la desconexión que existe entre la regulación del Sistema de Valoración y la del proceso extrajudicial regulado en el art. 7, y nos decantamos por entender que la causa ha sido doble: por hacerse en momentos distintos y por los actores que participaron en cada uno de ellos. El espíritu del legislador del nuevo “Baremo” eran la transparencia (cuerpo por papel le dicen) y la técnica forense en valoración del daño con la insistencia del informe médico. Así, el artículo 37 consagra “La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema”. Cuando luego el artículo 7 dice que la aseguradora podrá solicitar previamente los informes periciales, supone esto que esos

informes ajustados a las reglas del sistema son los que debe facilitar la víctima, o realmente quiere decir que la aseguradora, al cuantificar, es la que debe hacerlo mediante informe médico, que debe entregar (transparencia), ya sea habiendo visto al perjudicado o valorando la documentación médica. Y puede que la solución pase por revisar conjuntamente ambas normas y establecer una definición común de qué tipo de informe, ya que informe médico e informe pericial puede que no sean lo mismo si atendemos a sus definiciones:

Informe Clínico. “*Un informe clínico o informe médico es un documento que certifica los hallazgos obtenidos por la evaluación médica de un paciente, el mismo es emitido por el médico asistencial*”. (el texto original indica *tratante*, pero sustituimos por *asistencial* por ser más correcto)

Informe de valoración. “*La Valoración del Daño Corporal designa la actuación pericial médica dirigida a conocer con la máxima exactitud y objetividad, las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona, y a obtener una evaluación final que permita al juzgador establecer las*



consecuencias exactas del mismo: penales, laborales, económicas, familiares, morales, etc. (Profesor D. Juan Antonio Gisbert Calabuig). La Valoración del Daño Corporal es una rama de la Medicina Legal.”

No hay duda que nos decantamos por el espíritu de quienes trabajaron en la reforma del Sistema, ahora bien, podríamos plantearnos si en “todo caso” la Oferta debe estar basada en un informe pericial médico de la aseguradora, y creemos que aquí se podrían hacer algunas salvedades que por economía y agilidad en el proceso podrían quedar exentas. Serían los supuestos de incapacidad temporal donde, a la vista de la documentación médica, se puede terminar el periodo de curación y el grado de perjuicio (ejemplo. Lesionado con X días de curación y baja laboral que se valora como perjuicio de calidad de vida moderado). Incluso, en algunos casos de secuelas que quedan debidamente acreditadas en la documentación médica asistencial y que puede valorarse de forma sencilla (pérdida de una pieza dentaria, cicatrices menores, etc.). Pero en el momento que la valoración dependa de criterios médico-legales si debe haber informe médico, tal como señala el artículo 37, pues de otra forma el perjudicado no podrá valorar la Oferta.

Distinto puede ser el supuesto de la obligatoriedad de la intervención de un médico, y el grado de obligación del perjudicado en ser revisado por los servicios médicos de la entidad, cuantas veces y cuantos profesionales. Si partimos de lo que indica la norma (Art. 37.2):

2. El lesionado debe prestar, desde la producción del daño, la colaboración necesaria para que los servicios médicos designados por cuenta del eventual responsable lo reconozcan y sigan el curso evolutivo de sus lesiones. El incumplimiento de este deber constituye causa no imputable a la entidad aseguradora a los efectos de la regla 8ª del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, relativa al devengo de intereses moratorios.

El lesionado debe permitir el reconocimiento de los servicios médicos designados por la aseguradora, y permitir el seguimiento del curso evolutivo, lo que no significa que en esa evolución deba ser siempre mediante reconocimiento. El curso evolutivo se puede seguir igualmente a través de documentación médica. Nos decantamos, en este punto, porque la colaboración pase también por la participación de la aseguradora en las necesidades del lesionado, tanto económica como médicas, y no solo el control del lesionado para documentar su expediente y justificar el seguimiento. Las aseguradoras que se amparan en que son entidades de responsabilidad civil y no de asistencia sanitaria, para no prestar determinados servicios, confunden su cometido al olvidar que los deberes de colaboración deben ser recíprocos.

También es cierto que el artículo 1.2 párrafo 3º se establece que podría reducirse la indemnización si el lesionado abandona injustificadamente el proceso de curación, lo que ratifica la buena voluntad del legislador entre las partes, con un modelo basado en la buena fe y en la colaboración.

La validez de la Oferta Motivada.

Aunque se ha dado mucho protagonismo a las novedades del art. 7, introducidas por la Ley 35/2015, no debemos olvidar cuales son los requisitos para que se entienda válida la oferta motivada. Art. 7.3.

3. Para que sea válida a los efectos de esta Ley, la oferta motivada deberá cumplir los siguientes requisitos:

*a) Contendrá una **propuesta de indemnización** por los daños en las personas y en los bienes que pudieran haberse derivado del siniestro. En caso de que concurran daños a las personas y en los bienes figurará de forma separada la valoración y la indemnización ofertada para unos y otros.*

*b) Los daños y perjuicios causados a las personas se calcularán según los **criterios e***

importes que se recogen en el Título IV y el Anexo de esta Ley.

c) *Contendrá, de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga para la valoración de los daños, incluyendo el informe médico definitivo, e identificará aquéllos en que se ha basado para cuantificar de forma precisa la indemnización ofertada, de manera que el perjudicado tenga los elementos de juicio necesarios para decidir su aceptación o rechazo.*

d) *Se hará constar que el pago del importe que se ofrece no se condiciona a la renuncia por el perjudicado del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle) Podrá consignarse para pago la cantidad ofrecida. La consignación podrá hacerse en dinero efectivo, mediante un aval solidario de duración indefinida y pagadero a primer requerimiento emitido por entidad de crédito o sociedad de garantía recíproca o por cualquier otro medio que, a juicio del órgano jurisdiccional correspondiente, garantice la inmediata disponibilidad, en su caso, de la cantidad consignada.*

Relevantes como son, tanto el cálculo según criterios del sistema, distinto es quien lo valora, como no condicionar el pago a la renuncia, pese a quienes se empeñan en mantenerlo, no todos son temas muy controvertidos actualmente y preferimos centrarnos en el punto c) de este artículo. En concreto, la información que debe recibir el lesionado que le permita decidir su aceptación o rechazo.

Si el presupuesto principal de nuestro Sistema son los deberes recíprocos de colaboración, mal se entiende que pese la claridad del punto c), hoy por hoy no se esté dando cumplimiento a este precepto. O si se da, se hace de una forma confusa que realmente no permite tomar una decisión por parte del lesionado o sus representantes. Podemos criticar la norma y pensar que el aportar toda la documentación por parte de la aseguradora es anticipar una prueba ante un eventual procedimiento judicial, pero cuando se hizo esta norma en lo que se pensaba era en la buena voluntad, de nuevo, y que el lesionado, sin haber incurrido en costes especiales contratando sus propios peritos médicos, pudiera entender la oferta y tomar una decisión. No ha sido así, y aunque hemos intentado hacer un ejercicio de destacar las principales experiencias prácticas, no ha sido posible pues la misma sería casi tan variada como entidades, e incluso tantas casi como tramitadores. Es muy habitual seguir viendo Ofertas donde solo se identifica en que se basa, sin acompañar informe, o que, acompañando informe médico, es imposible valorar su relación

con la Oferta, por no desglosar ni tan siquiera las secuelas, que si debía desglosar en origen pues la oferta si fija unos puntos funcionales o estéticos. Y no hablamos de casos menores. O supuestos donde el informe médico definitivo no es el informe realizado por el médico que hizo el seguimiento del lesionado, sino un informe de la entidad, posiblemente revisado por su asesoría médica, o una adaptación de su informe definitivo. Esto no es transparencia ni deberes recíprocos de colaboración, pero seguimos confiando en que esto se cumpla.

La controversia.

Llega el caso en que, realizada la Oferta Motivada, al margen de su grado de cumplimiento normativo, el perjudicado muestra disconformidad con la misma, y la norma establece un nuevo proceso con el fin de que el perjudicado pueda obtener una valoración de sus lesiones sin depender de la valoración realizada por la aseguradora.

Art. 7.5 de la Ley. *“En caso de disconformidad del perjudicado con la oferta motivada, las partes, de común acuerdo y a costa del asegurador, podrán pedir informes periciales complementarios, incluso al Instituto de Medicina Legal siempre que no hubiese intervenido previamente.*

Esta misma solicitud al Instituto de Medicina Legal podrá realizarse por el lesionado aunque no tenga el acuerdo de la aseguradora, y con cargo a la misma. El Instituto de Medicina Legal que deba realizar el informe solicitará a la aseguradora que aporte los medios de prueba de los que disponga, entregando copia del informe pericial que emita a las partes.

Asimismo, el perjudicado también podrá solicitar informes periciales complementarios, sin necesidad de acuerdo del asegurador, siendo los mismos, en este caso, a su costa.

Esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales. En todo caso, se reanudará desde que el perjudicado conociese el rechazo de solicitud por parte del asegurador de recabar nuevos informes.”

En modo resumen, en caso de controversia con la oferta, habría tres opciones:

- Solicitud de informes periciales complementarios a costa del asegurador y de común acuerdo. Seguimos en la buena voluntad, ambas partes acuerdan una pericial que sirva para aclarar y valorar correctamente el daño.

- Intervención del Instituto de Medicina Legal y Forense. También a costa de la

aseguradora. Aquí ya diferenciamos si hay acuerdo o no, y se estableció que, al margen de que haya acuerdo, el lesionado podrá acudir al IMLF por su cuenta y a costa de la compañía. Eso sí, iniciado el mismo, la aseguradora es parte en ese proceso y debe ser llamada, para aportar la documentación necesaria, e informada.

- Solicitud de informes periciales por cuenta del lesionado, que posteriormente, entendemos, debe trasladar a la aseguradora.

En los tres casos, la aseguradora está obligada a presentar una nueva Oferta Motivada en el plazo de un mes desde que se recibe el informe. No dice nada la norma si ante el primero y el tercero, es posible acudir de nuevo al IML o son excluyentes. Nos decantamos por su total validez, aunque nos confunda la última frase de la norma cuando señala, respecto a la suspensión de la prescripción, “se reanudará desde que el perjudicado conociese el rechazo de solicitud por parte del asegurador de recabar nuevos informes”, pues esta circunstancia solo podría tener relevancia en el caso de la primera opción, informes complementarios de mutuo acuerdo, lo que abriría la 2ª y 3ª opción.

Por tanto, las consecuencias de mostrar disconformidad, son dos:

- ✓ Supone para la entidad realizar una nueva Oferta Motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe complementario
- ✓ Se mantiene interrumpido el plazo de prescripción

La norma no ha podido recoger todo el proceso y es el Reglamento donde se precisan los detalles sobre el procedimiento de solicitud, emisión, plazos y la entrega del informe forense. En la misma norma debe garantizarse la especialización de los forenses en la valoración del daño corporal.

Con fecha 22 de julio se publicó en el BOE la *Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial*, donde se fija la nueva regulación que se da al **Cuerpo de Médicos Forenses**, destacando las siguientes cuestiones:

✓ Modificación art. 475: para poder ejercer se requiere ser Licenciado o Graduado en Medicina y disponer de especialización en Medicina Legal y Forense.

✓ Modificación del art. 479: Mediante Real Decreto se determinarán las normas generales de organización y funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal. Se prevé la creación de unidades de valoración forense integral, en las que podrán

formar parte psicólogos y trabajadores sociales. Entre las funciones, se contempla la posibilidad de emisión de informes y dictámenes a solicitud de particulares en las condiciones que se determinen reglamentariamente.

✓ Disposición Transitoria 7ª: Dilación del requisito de especialidad en Medicina Legal y Forense para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses. Este requisito no será obligatorio hasta que concluyan su formación por el sistema de residencia las primeras promociones de estos especialistas.

Posteriormente se publicó 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*, donde se establece el procedimiento para la emisión del informe, y de la que podemos destacar:

✓ *La emisión de un informe pericial de valoración del daño corporal sufrido con ocasión de un accidente de circulación la podrán solicitar los perjudicados, entre los que se incluyen la víctima del accidente y, en caso de fallecimiento, el cónyuge viudo, ascendientes, descendientes, hermanos y allegados, así como las entidades aseguradoras, que deberán realizar una oferta motivada al perjudicado.*

✓ *La solicitud pericial al Instituto de Medicina Legal la podrán realizar la aseguradora y el perjudicado de común acuerdo, y, a falta del mismo, podrá ser instada por la víctima. “En ambos casos el precio público que se fije como contraprestación de la pericia será a cargo de la entidad aseguradora y, por tanto, gratuito para el perjudicado, al que se le permite optar entre el Instituto de Medicina Legal de su domicilio o bien el del lugar en que ocurrió el accidente”, aclara el Gobierno.*

✓ *En todo caso, se solicitará el consentimiento expreso de la víctima lesionada para cada prueba que se acuerde realizar, así como para el acceso a la historia clínica y para la cesión de datos a las aseguradoras.*

✓ El apartado 2.º del art. 2: «El ámbito objetivo de aplicación se circunscribe a la emisión del informe pericial de valoración del daño corporal sufrido con ocasión de un accidente de circulación, en el marco de la reclamación extrajudicial prevista en el art. 7 del Texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, en caso de

disconformidad con la oferta motivada, para lo que se emitirá un informe ajustado a las reglas del sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación».

✓ El art. 4.4 de este Real Decreto que: «4. A la solicitud se tendrá que acompañar, para darle curso, la oferta motivada que la entidad aseguradora haya emitido, de conformidad con lo previsto en el art. 7.2 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor».

✓ El IML competente será el del lugar del accidente o el del lugar de residencia del perjudicado, y la solicitud se presentará en la sede del IMLCF o en la subdirección territorialmente competente del mismo, en los lugares que se prevean en la legislación del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas o, en su caso, por medios electrónicos, utilizando el modelo establecido al efecto en el anexo I, que podrá ser modificado por la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia y se publicará en el Portal de Internet de la Administración de Justicia. En el supuesto de CCAA con transferencias en Justicia, podrán desarrollar un modelo propio.

El tiempo dirá la efectividad de esta nueva figura de la intervención de médicos forenses en un proceso extra judicial, que ya nacía con muchas dudas sobre su procedencia, especialmente en las zonas donde ya se habían “despenalizado” los accidentes a la vista de los informes que se emitían por médicos forense, y si, como defiende algún Director de Instituto, su función debe ser ayudar a llegar a acuerdos en casos de disconformidad, o simplemente actuar como peritos médicos y valorar al daño por su cuenta, con riesgo de valoraciones por debajo de la valoración de la aseguradora, como también se ha producido.

Si seguimos el tenor literal de la norma, el Médico Forense realmente estaría para pronunciarse si el informe médico de la aseguradora es correcto, lo que nada impediría que si dispusiera de informe pericial de la aseguradora y del perjudicado, deba y pueda valorar ambos. Lo malo es que, a su vez, si la aseguradora no acompaña informe médico puede parecer que no se puede acudir al IML correspondiente mostrando disconformidad con la oferta, y ya han sido rechazadas muchísimas solicitudes por esta circunstancia, que nunca puede ser imputable al perjudicado, y que se soluciona solicitando el médico forense los informes médicos a la aseguradora, como ya dice la propia norma en el párrafo 2 del Art. 7.5: “El Instituto de Medicina Legal que deba realizar el informe solicitará a la aseguradora que aporte

los medios de prueba de los que disponga, entregando copia del informe pericial que emita a las partes.”.

El supuesto especial de la Respuesta Motivada y los accidentes de baja intensidad o traumatismos cervicales menores.

Como ocurre en el caso de la Oferta, la norma mantiene unos requisitos claros para la validez de la Respuesta, aunque, a diferencia de la anterior, en los casos de respuesta motivada, salvo cuando sea temporal por no poder cuantificar, la aseguradora está rechazando el siniestro o la reclamación, y su incumplimiento por no cumplir los requisitos legales no tiene mucho más reproche “penal” que los intereses moratorios del Art. 20 LCS, asumidos por la aseguradora si pierde el procedimiento judicial. Aquí parece que hay menos riesgo de sanción administrativa por defectos formales, ya que al estar rehusando el siniestro o la reclamación hay una necesidad de acudir a la vía judicial, a diferencia de la Oferta donde cuando se incumple el precepto legal se denuncia a la Dirección General de Seguros por no poder valorar la misma y para evitar acudir al procedimiento judicial (con los gastos que supone).

Art. 7.4. En el supuesto de que el asegurador no realice una oferta motivada de indemnización, deberá dar una respuesta motivada ajustada a los siguientes requisitos:

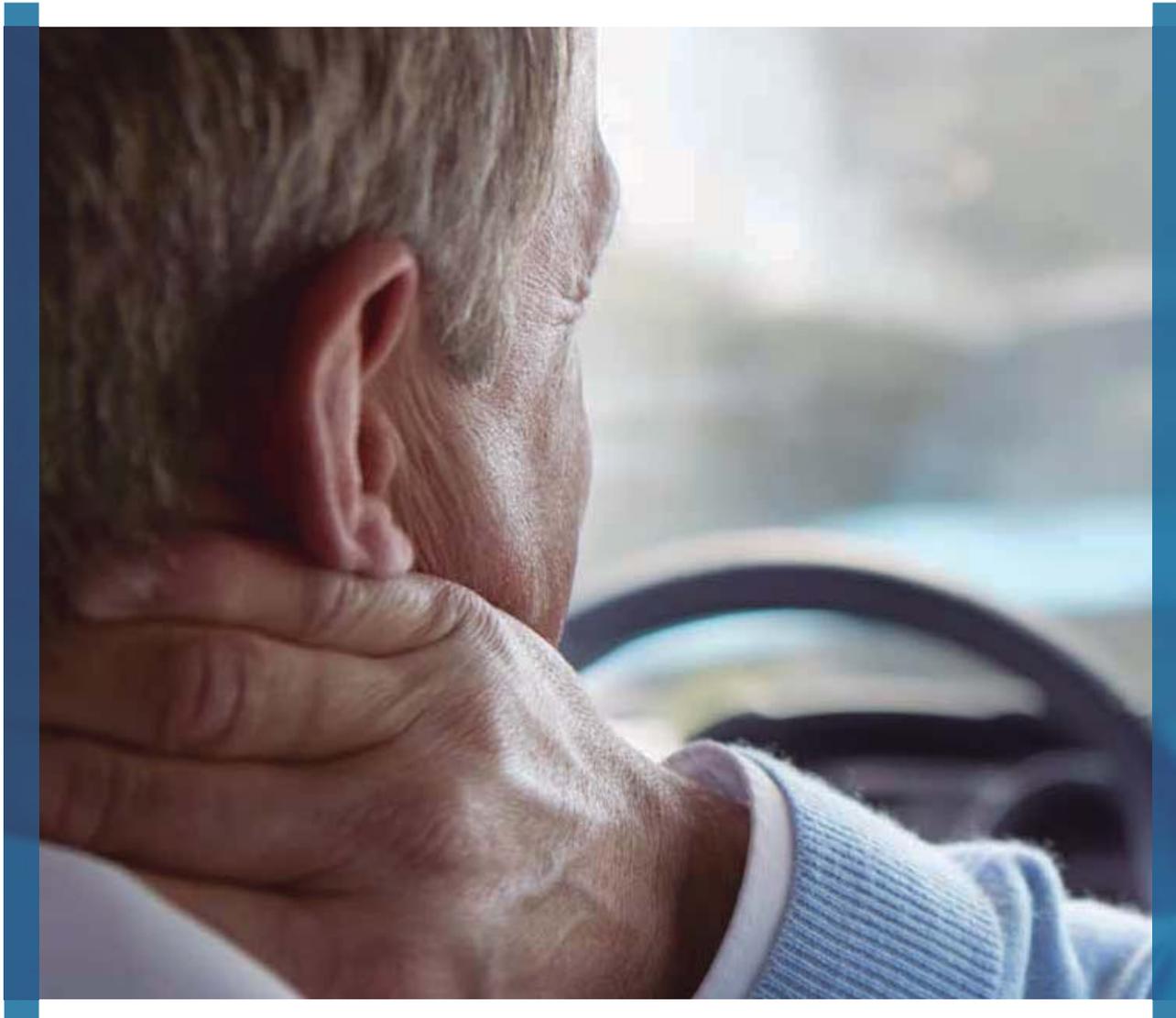
a) *Dará contestación suficiente a la reclamación formulada, con indicación del motivo que impide efectuar la oferta de indemnización, bien sea porque no esté determinada la responsabilidad, bien porque no se haya podido cuantificar el daño o bien porque existe alguna otra causa que justifique el rechazo de la reclamación, que deberá ser especificada.*

Cuando dicho motivo sea la dilatación en el tiempo del proceso de curación del perjudicado y no fuera posible determinar el alcance total de las secuelas padecidas a causa del accidente o porque, por cualquier motivo, no se pudiera cuantificar plenamente el daño, la respuesta motivada deberá incluir:

1.º *La referencia a los pagos a cuenta o pagos parciales anticipados a cuenta de la indemnización resultante final, atendiendo a la naturaleza y entidad de los daños.*

2.º *El compromiso del asegurador de presentar oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado los daños y, hasta ese momento, de informar motivadamente de la situación del siniestro cada dos meses desde el envío de la respuesta.*

En los supuestos de rehúse por no aceptar la responsabilidad la aseguradora, poco debate se genera, salvo porque este modelo



formal de Oferta y Respuesta, en estos casos, lleva a que el perjudicado no puede acceder, formalmente, a un acuerdo con la aseguradora. Sí sabemos que esos acuerdos se producen al margen del procedimiento de Oferta, al analizar la aseguradora todas las circunstancias del accidente, pero administrativamente ha cumplido con su obligación. La norma no regula, por tanto, el incumplimiento administrativo ante una respuesta motivada infundada que acaba con pago indemnizatorio.

Sin embargo, debemos poner foco en los supuestos de respuesta motivada por falta de nexo causal, según la aseguradora, en accidentes con lesiones del art. 135. Con la excusa de luchar contra el fraude al sector asegurador, hemos entrado en una lucha sin fin por rehusar todo lo que genere cierta duda o sospecha, bien sea por la propia aseguradora del perjudicado, para ahorrar los gastos médicos del convenio de asistencia sanitaria con centros privados, bien sea por la aseguradora causante, una vez el perjudicado ha facilitado la documentación.

Los esfuerzos del sector asegurador de que la norma reflejara, de forma contundente, los criterios por los que “solo” se debería indemnizar en esta tipología de accidentes (baja intensidad) y daños (traumatismo menor de la columna vertebral), se vieron truncados parcialmente al eliminarse de la norma dos términos: “biomecánica” (como prueba) y “excepcionalmente” (para las secuelas). Aún así, el resultado no ha sido malo para el sector al identificarse una serie de criterios de causalidad que abren un abanico de posibilidades para rehusar el siniestro por falta de relación causal. No olvidemos que, para el sector, el problema no estaba solo en la posibilidad de que se valorasen secuelas en esta tipología de accidentes, también se pretende poder evitar el pago de lesiones temporales y de la asistencia sanitaria.

Artículo 135 Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral.

•1. Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor,

y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

a) De exclusión, que consiste en que no medie otra causa que justifique totalmente la patología.

b) Cronológico, que consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.

c) Topográfico, que consiste en que haya una relación entre la zona corporal afectada por el accidente y la lesión sufrida, salvo que una explicación patogénica justifique lo contrario.

d) De intensidad, que consiste en la adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.

Eso sí, el sector asegurador se recompuso a este contratiempo, y vio una opción en la respuesta motivada, al encontrarse la derivada de que en la posterior modificación del Art. 7, al crearse la figura de la intervención de los IML, estos solo pueden intervenir en caso de Oferta Motivada, aunque no nos resistimos a señalar que es un mención expresa por omisión de la Respuesta, no por imposición legal de que en ese caso no sea válida la intervención del IML. Siendo así, la aseguradora cumple administrativamente al hacer una Respuesta Motivada por falta de relación causal, tristemente amparada en unos informes que muchas veces de periciales tienen muy poco y de biomecánicos menos, y deja abierta la vía de negociación fuera del procedimiento del Art. 7. Una solución a esta posición sería que, en los supuestos de Respuesta por falta de relación causal, se pudiera sancionar a la aseguradora que posteriormente ha aceptado el pago del siniestro o ha sido condenada judicialmente, no solo con los intereses moratorios, cuando se aprecie motivación deficiente o mala fe.

5. LA PRESUNTA OBLIGACIÓN DE CUANTIFICAR LA RECLAMACIÓN ANTES DE LA INTERPELACIÓN JUDICIAL.

Otro de los grandes debates que han surgido tras la publicación de la Ley 35/2015,

ha sido a quien le corresponde la cuantificación y en que momento “procesal”. Según el tenor literal de la norma parece que la cuantificación le corresponde a la aseguradora una vez presentada la reclamación por parte del perjudicado, como se desprende de lo establecido en el Art. 7.1 párrafo 3º : *“Esta reclamación extrajudicial contendrá la identificación y los datos relevantes de quien o quienes reclamen, una declaración sobre las circunstancias del hecho, la identificación del vehículo y del conductor que hubiesen intervenido en la producción del mismo de ser conocidas, así como cuanta información médica asistencial o pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder que permita la cuantificación del daño.”*, y ello en relación a lo previsto en el Art. 7.2: *“2. En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, tanto si se trata de daños personales como en los bienes, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización si entendiera acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño, que cumpla los requisitos del apartado 3 de este artículo”*.

Siendo así, parece que el perjudicado queda exonerado de pedir un importe determinado en su reclamación a la aseguradora, pese a las dudas que genera el propio Art. 7.1 párrafo 3º, previo a lo que destacamos en la primera referencia a este artículo, *“No obstante, con carácter previo a la interposición de la demanda judicial, deberán comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda.”*. Debemos interpretar, por tanto, que esa referencia a pedir la indemnización es un genérico y que pidiendo la indemnización deja a la aseguradora su cuantificación.

Lo que ocurre es que la dualidad entre lo que se establece en el Artículo 7.1 y en el 7.2, puede suponer que antes de la interpelación judicial, el perjudicado sí se vea en la obligación de cuantificar definitivamente su reclamación, bien tras la Oferta de la aseguradora o bien, en ausencia de la misma, tras las Respuesta motivada definitiva o el silencio de la aseguradora, y esto es lo que puede provocar valoraciones como las que vimos inicialmente al transcribir las conclusiones a las que llegó el portavoz del Ministerio de Justicia en las jornadas realizadas en Unespa, al señalar: *“nada impide que se formule la reclamación extrajudicial, dejando pendiente el importe a reclamar para un momento posterior, cuando se esté en disposición de poder conocer la cuantía de los daños”*. Es decir, el perjudicado no está obligado en su reclamación a cuantificar los

daños y perjuicios, pero si debe conocerse su postura antes de acudir a los tribunales. Parece de lógica, si lo que se busca con este procedimiento es evitar pleitos que podrían haberse resuelto de forma amistosa, pero no olvidemos que esta circunstancia no está reflejada en la Ley. De ser así, mas parece que lo que se pretende es que el perjudicado, en caso de disconformidad, siempre deba acudir a una de las tres opciones que marca la norma (periciales conjuntas, Instituto de Medicina Legal o informes privados) para contestar a la aseguradora y mostrar su disconformidad, pese a que el Art. 7.5 habla de que en caso de disconformidad ambas partes “podrán” pedir informes complementarios o que el perjudicado “podrá” solicitarlos por su cuenta.

También, el nuevo apartado 8 del citado artículo 7, establece para el paso previo a la acción judicial:

8. Una vez presentada la oferta o la respuesta motivada, en caso de disconformidad y a salvo del derecho previsto en el apartado 5 de este precepto, o transcurrido el plazo para su emisión, el perjudicado podrá bien acudir al procedimiento de mediación previsto en el artículo 14 para intentar solucionar la controversia, o bien acudir a la vía jurisdiccional oportuna para la reclamación de los daños y perjuicios correspondientes.

No se admitirán a trámite, de conformidad con el artículo 403 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, las demandas en las que no se acompañen los documentos que acrediten la presentación de la reclamación al asegurador y la oferta o respuesta motivada, si se hubiera emitido por el asegurador».

No apreciamos, por tanto, que la norma en caso de disconformidad fije el requisito de manifestarle a la aseguradora la valoración de su disconformidad, y en este punto si es muy importante tener en cuenta la obligación al perjudicado establecida en el párrafo 2º del art. 7.8, que es:

- ✓ Incluir los documentos que acrediten la presentación de la Reclamación
- ✓ Incluir la oferta o respuesta, si se hubiera emitido por el asegurador

La consecuencia de no acompañar esta documentación, o no fijar claramente la ausencia de oferta o respuesta de la aseguradora, será la inadmisión a trámite de la demanda.

LEC Artículo 403 Admisión y casos excepcionales de inadmisión de la demanda.

3-Tampoco se admitirán las demandas cuando no se acompañen a ella los documentos que la ley expresamente exija para la admisión de aquéllas o no se hayan intentado conciliaciones

o efectuado requerimientos, reclamaciones o consignaciones que se exijan en casos especiales.

Entendemos que será subsanable, por tratarse de un requisito formal, si no constase y si se hubiera formulado la reclamación y se trata solo de acompañar los documentos, pero la falta de reclamación previa supondrá la inadmisión definitiva y necesidad de volver al inicio del proceso, presentando reclamación formal a la aseguradora. Nada dice la norma, sin embargo, de que ocurre cuando, no habiendo reclamación pero si Oferta Motivada, por diligencia del asegurador, no haya conformidad y se acuda a la vía judicial. Contradiendo los argumentos anteriores sobre la cuantificación de la reclamación, en un supuesto como este, el perjudicado si estaría obligado a presentar en este caso reclamación cuantificada, por no haberla presentado antes, al margen de haber recibido ya la Oferta.

Supuesto peculiar será aquél en el que el perjudicado indique no haber recibido oferta o respuesta de la aseguradora, y la misma en la contestación pruebe haber presentado oferta o respuesta al perjudicado, lo que supondría que la demanda debería haberse inadmitido. Supondrá esta circunstancia una excepción previa que deberá resolverse por el juzgador por tratarse de un presupuesto procesal, aunque sentencias como la 11/1988 de 2 de febrero (omisión de la reclamación administrativa previa, como susceptible de subsanación) nos llevan a que el debate jurisprudencial está servido y dependerá de diferentes factores su admisión o rechazo definitivo. La idea original del legislador es evitar por acuerdo de las partes la *prosecución* de un litigio, pero esto no debe atentar contra el derecho a la tutela judicial efectiva.

6, EL SUPUESTO ESPECIAL DEL AUTO DE CUANTÍA MÁXIMA.

Incluimos este apartado en cuestiones procesales, ya que hasta ahora el auto era un arma de presión extra judicial contra la aseguradora o, simplemente, un paso para cuantificar una reclamación tras la emisión del informe forense.

En esta reforma se revisa de nuevo el texto para evitar ese segundo sentido que tenía hasta ahora el Auto y que era solo cuantificar la reclamación extra judicial, al eliminar el dictado del Auto en los supuestos de “...otra resolución que le ponga fin, provisional o definitivamente, sin declaración de responsabilidad,...”. Excepto en el caso de fallecimiento, ya solo se dictaría el auto tras sentencia absolutoria. Y eso supone un importante avance:

- ✓ Al no haber procedimiento el auto se dictaba sin que el juez hubiera conocido de los hechos ni se hubiera practicado prueba, más allá de la oferta motivada aportada,

que permitiera valorar adecuadamente los posibles perjuicios causados

✓ La ejecución posterior del auto implicaba que cualquier causa de oposición que fuera estimada, aunque lo fuera parcialmente, tuviera como efecto la desestimación de la ejecución.

✓ La nulidad de título, por cualquiera de las causas reconocidas en la Ley, debería ser previamente valorada a conciencia por la representación letrada de la víctima por si fuera estimada por el juzgador de instancia y la carga que supondría una imposición de costas a la víctima.

✓ Crear una falsa expectativa a la víctima que les sitúa en posición acreedora cuando realmente no es cierto que le corresponda.

✓ La valoración previa del juez penal limitaría los derechos de la víctima sin capacidad para formular recurso contra el auto.

Al mantener el dictado tras sentencia absolutoria, sigue en riesgo:

✓ Ante un procedimiento penal que el juez finalmente ha estimado que no existe reproche penal contra el causante, y que por lo tanto puede que no se haya desplegado una prueba de valoración suficiente, limita la capacidad de la víctima a ejercitar sus derechos convenientemente pues no existe una prueba definitiva. Incluso haber añadido que se dicta a la vista de la oferta motivada va en detrimento de la víctima.

✓ Si la sentencia penal absolutoria es consecuencia de por entender el juzgador que el causante ha sido la propia víctima y se dicta el auto de cuantía máxima, puede ocurrir que:

o No se dicta auto por entender que sí hay declaración de responsabilidad en los hechos probados o se dicta por un importe mínimo.

o Aplica una concurrencia prejuzgada por un juez penal que no ha entrado en el fondo del asunto pero ya limita el derecho de la víctima o le crea una expectativa (si aplica una concurrencia baja como el tope del 75%) que debe ser reflexionado por su representación por si es errónea.

o Dictado del auto por el 100% pero con unos hechos probados que muestran la culpa exclusiva o la concurrencia, y le corresponde a la víctima que porcentaje aplica antes de la ejecución para evitar la desestimación del auto.

✓ Si la sentencia penal se produce por no tener reproche penal la conducta del causante pero si se ha ejercitado la acción civil en todos sus extremos, le

corresponderá a un juez penal fijar el tope de la reclamación, sin posibilidad de recurrirlo, para que luego sea un juez civil quien tenga que valorar de nuevo la prueba pero ya limitada a lo que el juez penal ha estimado. Esto provocaría un doble procedimiento para reclamar la diferencia o renunciar a la ejecución del auto.

✓ Valoración de los intereses. Dado que el auto no recoge la posible imposición de intereses moratorios, la víctima debe añadir a la ejecución los intereses moratorios pero calculados a instancia de parte, sin que haya pronunciamiento previo, con el riesgo de su desestimación por interpretación judicial de la actividad desplegada por la entidad aseguradora.

Razones, las primeras, que justificaban su eliminación ante el archivo o sobreseimiento de las diligencias y, las segundas, que intentan justificar porque debería ser totalmente eliminado.

Mención especial merece el párrafo segundo del reformado artículo 13

Se procederá de la misma forma en los casos de fallecimiento en accidente de circulación y se dictará auto que determine la cantidad máxima a reclamar por cada perjudicado, a solicitud de éste, cuando recaiga resolución que ponga fin, provisional o definitivamente, al proceso penal incoado, sin declaración de responsabilidad.

Se ha querido dar un tratamiento especial a los fallecidos, manteniendo para estos supuestos el dictado del Auto incluso ante el archivo o sobreseimiento. Lo que ocurre es que la redacción ha quedado claramente forzada y no dice claramente lo que en principio parece que quiere decir. Si lo leemos con detenimiento, habla de los "casos de fallecimiento en accidente", pero no identifica a la víctima fallecida sobre sus perjudicados y abre una puerta a la interpretación en favor de todos los perjudicados por un accidente donde haya habido un fallecido, pues difícil de entender será que en un mismo accidente donde hay un fallecido y, por ejemplo, un lesionado grave se pueda dictar el auto en favor de los perjudicados del fallecido y no de la víctima grave del accidente. A la vez, la paradoja será que de aceptarse esta interpretación, cualquier perjudicado que se haya visto implicado en el accidente, y el procedimiento se archive, pueda solicitar el dictado del auto, pese a sus lesiones leves y no siendo ni tan siquiera ocupante del vehículo donde viajaba el fallecido.

No se comprende muy bien el haber hecho esta excepción a los fallecidos. La reforma intenta buscar especialmente una solución para los grandes lesionados, sin olvidar a los fallecidos por supuesto, y excluirles de la protección del Auto, si se cree en ello, cuando a

los perjudicados por el fallecimiento si la tienen, no tiene sentido alguno. Los perjudicados ya mantienen su protección en el proceso penal y si hubiera archivo o sobreseimiento sería por fallecimiento del propio causante, que no requeriría protección especial a sus perjudicados.

7. LA MEDIACION COMO SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN.

Corresponde a los expertos en mediación desarrollar doctrinalmente esta novedad, que con tanto énfasis ha querido el legislador introducir en nuestro sistema legal. Y decimos énfasis, tanto por ponerlo en primera posición en la fase posterior a la disconformidad del perjudicado, como por el detalle con el que se regula el proceso.

«Artículo 14. Procedimiento de mediación en los casos de controversia.

1. En caso de disconformidad con la oferta o la respuesta motivada y, en general, en los casos de controversia, las partes podrán acudir al procedimiento de mediación de conformidad con lo previsto en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

2. A tal efecto, será el perjudicado quién podrá solicitar el inicio de una mediación, en el plazo máximo de dos meses, a contar desde el momento que hubiera recibido la oferta o la respuesta motivada o los informes periciales complementarios si se hubieran pedido.

3. Podrán ejercer esta modalidad de mediación profesionales especializados en responsabilidad civil en el ámbito de la circulación y en el sistema de valoración previsto en esta Ley, que cuenten con la formación específica para ejercer la mediación en este ámbito. El mediador, además de facilitar la comunicación entre las partes y velar porque dispongan de la información y el asesoramiento suficientes, desarrollará una conducta activa tendente a posibilitar un acuerdo entre ellas.

4. Recibida la solicitud de mediación, el mediador o la institución de mediación citará a las partes para la celebración de la sesión informativa. En particular, el mediador informará a las partes de que son plenamente libres de alcanzar o no un acuerdo y de desistir del procedimiento en cualquier momento, así como que la duración de la mediación no podrá ser superior a tres meses, que el acuerdo que eventualmente alcancen será vinculante y podrán instar su elevación a escritura pública al objeto de configurarlo como un título ejecutivo».

Poco se puede añadir a lo que el artículo detalla con tanta precisión, salvo estructurar el proceso para una mayor visibilidad de cómo se actúa.

- ✓ Fase inicial: lo solicita el perjudicado en el plazo de dos meses desde la oferta, respuesta o informes complementarios
- ✓ Fase de tramitación:
 - o El mediador cita para la celebración de la sesión informativa
 - o No podrá ser superior a tres meses
- ✓ Fase final: si existe acuerdo será vinculante, pudiéndose llevar a escritura pública con rango de título ejecutivo.

Asumiendo el carácter voluntario de este procedimiento, la especialización del mediador en responsabilidad civil en el ámbito de los accidentes de circulación y del sistema de valoración, aunque también formado en mediación, debería ser un revulsivo para que ambas partes, siempre que desde un principio se vea que las posiciones son inviables, puedan cerrar un acuerdo de común acuerdo. Lo que no tenemos tan claro es que su formación específica en materia de circulación le condiciones la imparcialidad requerida y se pueda convertir más en un asesor encubierto de las posturas de ambas partes que de un mediador puro.

Sin experiencias relevantes hasta la fecha, dos serían los puntos fuertes de la mediación para resolver desacuerdos en materia de responsabilidad civil. Uno, la presión que puede suponer para las aseguradoras la invitación a la mediación y su rechazo directo, de cara a dar una imagen de intransigencia. Dos, el carácter reservado y confidencial de la negociación, que evita riesgos de resoluciones judiciales que interpreten la norma en una dirección u otra y, a su vez, puede permitir resolver controversias por causas a las que el Sistema, pese a su esfuerzo de haber intentado cubrir todas las opciones, no ha llegado.

8. LA CONVIVENCIA DE LA CONSIGNACIÓN CON EL REGIMEN DE OFERTA Y RESPUESTA MOTIVADA. REGULACIÓN LEGAL DE LA MORA

Dos son los artículos que constituyen el eje legal sobre el que se vertebra esta materia: El Art. 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (en adelante LCS) y el Art. 9 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre) en su nueva redacción introducida por la Ley 35/2015.

El primero de ellos regula la mora del asegurador en una doble vertiente: a) respecto

de las relaciones contractuales con el tomador del seguro o asegurado y del beneficiario en el seguro de vida y b) respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil. Obviamente nos vamos a centrar en la segunda de ellas y fundamentalmente en lo relativo a daños personales.

Establece dicho Art. 20 LCS:

3º) Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro...

4º) La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el cincuenta por ciento; estos intereses se entenderán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al veinte por ciento.

6º) Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante...cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa.

7º) Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora el día en que efectivamente la aseguradora satisfaga la indemnización.

8º) No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

Asimismo, el Art. 9 de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor establece lo siguiente:

Artículo 9. Mora del asegurador.

Si el asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación en el seguro de responsabilidad civil para la cobertura de los daños y perjuicios causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación, la indemnización de daños y perjuicios debidos por el asegurador se regirá por lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, con las siguientes singularidades:

a) No se impondrán intereses por mora cuando el asegurador acredite haber presentado al perjudicado la oferta motivada

de indemnización a que se refieren los artículos 7.2 y 22.1 de esta Ley, siempre que la oferta se haga dentro del plazo previsto en los citados artículos y se ajusten en cuanto a su contenido a lo previsto en el artículo 7.3 de esta Ley. La falta de devengo de intereses de demora se limitará a la cantidad ofertada y satisfecha o consignada.

b) Cuando los daños causados a las personas hubiesen de sufrirse por éstas durante más de tres meses o su exacta valoración no pudiera ser determinada a efectos de la presentación de la oferta motivada a que se refiere el párrafo a de este artículo, el órgano jurisdiccional correspondiente, a la vista de las circunstancias del caso y de los dictámenes e informes que precise, resolverá sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad ofrecida y consignada por el asegurador, atendiendo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el anexo de esta Ley (la nueva redacción modifica esta última frase y queda atendiendo a los criterios del Título IV y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el Anexo de esta Ley). Contra la resolución judicial que recaiga no cabrá recurso alguno.

El debate sobre si la reclamación judicial penal sustituye a la reclamación, es decir, si el régimen de oferta y respuesta es exclusivamente extrajudicial, no va a terminar con la entrada en vigor de la reforma. Esto supone que debemos valorar si la aseguradora, previa reclamación o en ausencia de la misma, pero obligada por su deber de diligencia o por denuncia penal, debe mantener el criterio fijado por la Ley de que cuando las lesiones sufridas por el lesionado supongan un periodo de más de tres meses, o su exacta valoración no pudiera ser determinada, sigue obligada a la consignación, u oferta provisional, atendiendo a la fecha del accidente o de la denuncia. De una lectura literal de la norma, podemos interpretar que al indicar la norma "...ampliación de la cantidad ofrecida y consignada por el asegurador", está haciendo referencia a la oferta motivada y posterior consignación del asegurador por falta de aceptación del perjudicado, y por lo tanto el plazo para hacer la consignación nacería tras la reclamación del perjudicado a la aseguradora. Eso sí, la aseguradora que valore adecuadamente sus riesgos debería mantener el criterio de la consignación, aunque sustituido por una oferta previa, desde que haya tenido conocimiento del siniestro, sobre todo, en siniestros con lesiones graves.

Los pagos a cuenta.

Hubiera sido procedente, conectando adecuadamente las normas, que se estableciera la obligatoriedad de los pagos a cuenta, no solo hacer referencia a los mismos de haberse realizado (Art. 7.4.a.1º), y que, en los supuestos

previstos en el Artículo 9.c), la aseguradora tuviera que ofrecer provisionalmente, y de forma motivada, el importe mínimo que estima deberá al finalizar el proceso curativo, y a falta de la prueba de los daños y perjuicios definitivos reclamados por el perjudicado. No ha sido así y la redacción del artículo 9 c) en conexión con el 7.4 a) párrafo segundo, ha llevado a una interpretación, incorrecta bajo nuestro punto de vista, del carácter voluntario de los pagos a cuenta, salvo que haya procedimiento judicial penal, es decir casi nunca, y que si se realizan se haga por importes claramente insuficientes, que en muchos casos no cubren ni el periodo de perjuicio temporal agotado.

Pese a la falta de contundencia del Art. 7.4, creemos que la Ley si ampara la necesidad de realizarse pagos a cuenta, u ofertas provisionales, por importe suficiente en los supuestos fijado en el Artículo 9.c.

Art. 7.4. *“En el supuesto de que el asegurador no realice una oferta motivada de indemnización, deberá dar una respuesta motivada ajustada a los siguientes requisitos:*

a)

Cuando dicho motivo sea la dilatación en el tiempo del proceso de curación del perjudicado y no fuera posible determinar el alcance total de las secuelas padecidas a causa del accidente o porque, por cualquier motivo, no se pudiera cuantificar plenamente el daño, la respuesta motivada deberá incluir:

1.º La referencia a los pagos a cuenta o pagos parciales anticipados a cuenta de la indemnización resultante final, atendiendo a la naturaleza y entidad de los daños.

...”

Y para los supuestos donde si se haya realizado ese primer ofrecimiento de pago a cuenta (vía respuesta motivada) procedería la ampliación si los cálculos que sirvieron de base a la misma se ven desbordados por el transcurso del tiempo, ya sea en cuanto al periodo de curación como en lo relativo a las secuelas previsibles.

Es frecuente ver resoluciones judiciales que imponen intereses moratorios a la aseguradora por existir una notoria diferencia entre el cálculo realizado por aquélla en la consignación inicial y la indemnización que finalmente se reconoce en dicha resolución a favor del perjudicado. Y en algunas ocasiones, aun habiendo existido declaración de suficiencia sobre la primera -y única- consignación. Ahora, con las dudas sobre el efecto liberatorio de la respuesta motivada con pagos a cuenta, es recomendable seguir los criterios jurisprudenciales hasta la fecha con la consignación liberatoria y adaptar el ofrecimiento a la realidad conocida del daño. Y más si nos atenemos a la nueva regulación del

art. 7.4.a) párrafo segundo, 2º, donde se incluye lo que hasta ahora regulaba el Reglamento sobre la respuesta motivada y los pagos a cuenta: “2º. *El compromiso del asegurador de presentar oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado los daños y, hasta ese momento, de informar motivadamente de la situación del siniestro cada dos meses desde el envío de la respuesta”.*

9. LOS DAÑOS MATERIALES Y LOS CONVENIOS DE INDEMNIZACION DIRECTA.

No podemos decir que el legislador se haya olvidado de los daños materiales en su nueva regulación. El propio Artículo 7.1 señala “1. *El asegurador, dentro del ámbito de aseguramiento obligatorio y con cargo al seguro de suscripción obligatoria, habrá de satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y en sus bienes.”* . A su vez el Artículo 7.2 indica “2. *En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, tanto si se trata de daños personales como en los bienes, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización.”* Y lo enfatiza en el 7.3 al obligar a una valoración separada: “3. *Para que sea válida a los efectos de esta Ley, la oferta motivada deberá cumplir los siguientes requisitos: a) Contendrá una propuesta de indemnización por los daños en las personas y en los bienes que pudieran haberse derivado del siniestro. En caso de que concurran daños a las personas y en los bienes figurará de forma separada la valoración y la indemnización ofertada para unos y otros.”*. Pero dicho esto, la norma deja un tanto huérfana a la valoración de los daños materiales y se centra, con mucho más detalle, en los daños personales.

Cierto es que, en materia de tráfico, priman los convenios de indemnización directa y que la importancia de estos convenios se ha visto incrementada tras la modificación del Art.8 de la Ley de Responsabilidad Civil del Automovil. Este artículo ha sido modificado por la disposición final 9 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, y que entró en vigor el 1 de enero de 2016, según establece su disposición final 21.1. Ref. BOE-A-2015-7897.

Artículo 8. *Convenios de indemnización directa. Declaración amistosa de accidente. Convenios de asistencia sanitaria para lesionados de tráfico.*

1. Para agilizar las indemnizaciones en el ámbito de los daños originados con ocasión del uso y circulación de vehículos de motor, la entidad aseguradora deberá adherirse a los convenios de indemnización directa entre entidades aseguradoras para la liquidación de siniestros de daños materiales.

2. A efectos de lo dispuesto en el apartado anterior, el asegurador facilitará ejemplares

de la denominada declaración amistosa de accidente que deberá utilizar el conductor para la declaración de los siniestros a su aseguradora.

3. Para agilizar la asistencia a los lesionados de tráfico, el asegurador podrá adherirse a los convenios sectoriales de asistencia sanitaria para lesionados de tráfico así como a convenios de indemnización directa de daños personales.

4. A estos efectos, dichos convenios deberán prever condiciones equivalentes y no discriminatorias para todas las entidades aseguradoras, sin que puedan imponerse restricciones que no sean indispensables para la consecución de aquel objetivo.

El reglamento aprobado REAL DECRETO 1507/2008, de 12 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor, prevé (Art. 17.1) que *“En aquellos siniestros cuya tramitación, liquidación y pago se efectúe en el marco de los convenios de indemnización directa suscritos entre entidades aseguradoras para la tramitación de siniestros se entenderá cumplida la obligación de presentar la oferta motivada de indemnización, prevista en el artículo 7.2 del texto refundido de la Ley, cuando, antes de los tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, la entidad aseguradora de éste le satisfaga los daños en los bienes derivados del siniestro o proceda a su reparación”*.

Además la aseguradora del perjudicado debe recoger en un documento (algo muy desfasado actualmente), una vez reparado el vehículo, estos tres requisitos:

- a) La conformidad del perjudicado con el pago o reparación realizada.
- b) Que el pago o reparación se realiza en nombre y por cuenta de la entidad aseguradora del responsable del siniestro, en virtud de los convenios de indemnización directa suscritos entre ambas aseguradoras para la tramitación de siniestros, los cuales en ningún caso serán oponibles frente el asegurado o el perjudicado.

c) Que la entidad aseguradora del perjudicado se subroga en la posición de la aseguradora del responsable, en cuyo nombre y por cuenta de la cual satisface la indemnización.

Cuando no se haya solucionado el siniestro, el punto 2 de este artículo 17 establece: *“Transcurrido el plazo de tres meses desde la recepción de la Reclamación del perjudicado sin que se hayan satisfecho o reparado los daños a los bienes recaerá sobre la entidad aseguradora del responsable del siniestro la obligación de emitir oferta motivada de indemnización en los términos de los apartados 2 y 3 del artículo 7 del texto refundido de la Ley”*. Al margen de las dificultades que los convenios generan para que se cumpla en plazo esta norma, es claro que recibida la reclamación del perjudicado, la aseguradora del responsable no puede oponer a este que los daños materiales deben resolverse, en virtud de los convenios, por la aseguradora del propio perjudicado, sin perjuicio de la posibilidad de regularizar internamente entre las entidades, y sin poder posponer la solución de la reclamación a una reclamación judicial, como parece que algunas entidades pretenderían para luego poder regularizar. La reclamación formal debe ser causa suficiente para realizar la Oferta y liquidar los daños materiales, aunque se hayan (mal) gestionados previamente en los convenios.

Finalmente, Como punto 3 se recoge una matización aclaratoria, que lógicamente es indiscutible, no solo porque los convenios actuales se refieren solo al daño material o en los bienes del perjudicado, sino por aplicación estricta de las reglas básicas de la institución de la responsabilidad civil, donde responderá finalmente la entidad del causante del accidente: *“Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 1 anterior, en el caso de que de un mismo siniestro se deriven daños en las personas y en los bienes la entidad aseguradora del responsable del siniestro deberá presentar la oferta motivada de indemnización correspondiente a los daños en las personas derivados del siniestro o, en su caso, dar respuesta motivada.”*