EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS A LOS SEGUROS PRIVADOS

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

FUNDACIÓN
menudos corazones

FUNDACIÓN
menudos corazones

Licencia:

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/ o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Explicación de la Licencia:

Eres libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.

SinDerivadas — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no podrá distribuir el material modificado

EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS A LOS SEGUROS PRIVADOS

PREGUNTAS Y RESPUESTAS?

ELABORADO POR:

Universidad de Alcalá
FACULTAD DE DERECHO
CLÍNICA LEGAL

Paola Sánchez Gregorio
Marco Antonio Rey Mato
Leticia Garralón Martín
Irene Bailón Lorenzo
Willbemis Jerez Rivero
Miguel Ángel Ramiro Avilés y
María del Val Bolívar Oñoro

CON EL APOYO DE:

CMS Albiñana & Suárez de Lezo

CUATRECASAS

SQUIRE PATTON BOGGS

Y EL IMPULSO Y COORDINACIÓN DE:

Fundación Pro Bono España

ÍNDICE

Seguros Personales. Preguntas genéricas 7

Seguros de Salud 11

Seguros de Vida 14

Seguros de Viaje 16

Psicotécnico 20

Seguro de Decesos 22

Seguros Personales.
Preguntas genéricas.

1. ¿Tengo obligación de declarar que tengo una cardiopatía congénita en el momento de contratación de un seguro?

Dependerá de las preguntas que formule la compañía aseguradora en el cuestionario de salud. El deber de declarar una cardiopatía congénita existirá cuando en el formulario se pueda entender relevante (para una persona media) la existencia de esta condición de salud y que, de no declararla, se estarían intencionadamente ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

Por tanto, debemos situarnos en un punto medio. No es preciso que se declare la cardiopatía si la pregunta es excesivamente vaga (por ejemplo, "¿está bien de salud?") pero tampoco esto implica que únicamente haya que declararla cuando se pregunte de manera explícita (por ejemplo, "¿tiene usted una cardiopatía congénita?").

En definitiva, el deber de declaración del riesgo se configura como una obligación de contestar a lo que pregunta el asegurador: si la compañía aseguradora no efectúa ningún cuestionario de forma previa a la contratación, no existirá obligación de declarar la existencia de una cardiopatía congénita. Si, por el contrario, la compañía aseguradora sí efectúa un cuestionario de forma previa a la contratación, será necesario declarar la cardiopatía en aquellos casos en los que, según la naturaleza de las preguntas, puede entenderse que no declarando la cardiopatía se está dolosamente ocultando información.

2. ¿Tengo que contestar obligatoriamente a todas las preguntas del cuestionario previo que me realiza la aseguradora?

Tal y como estipula el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, el asegurador realizará el cuestionario de salud sobre las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo. Todas las que se incluyan en el cuestionario de salud deberán ser contestadas. La única excepción es la que recoge el mismo artículo cuando señala que «El tomador de un seguro sobre la vida no está obligado a declarar si él o el asegurado han padecido cáncer una vez hayan transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior».

3. Si oculto en los cuestionarios previos la información relativa a mi cardiopatía congénita, ¿puede tener la compañía aseguradora acceso a mi información médica por otra vía?

No, el historial médico es un documento confidencial al que sólo tienen acceso los profesionales sanitarios que le estén tratando. No obstante, cuando se produce el siniestro, la aseguradora podrá pedir que se justifique que se ha cumplido con el deber de declaración, lo que puede implicar proporcionar informes médicos.

4. Si oculto en los cuestionarios previos la información relativa a mi cardiopatía congénita, ¿puede la compañía tomar acciones penales en mi contra?

Se podrá iniciar una acción penal en su contra si la conducta realizada está tipificada en el Código Penal. En el artículo 248 y siguientes del Código Penal se encuentra tipificado el delito de estafa, que, en efecto, puede cometerse contra un asegurador. El delito de estafa requiere para su tipificación, entre otros, el ánimo de lucro y el engaño que habrá de ser suficiente para producir error en el otro. Las penas varían en función de la cuantía de la póliza, pudiendo situarse entre los seis meses y tres años de prisión e incluso más en casos agravados.

Esta pregunta debe interpretarse de manera conjunta con la pregunta número 1, de modo que se entenderá que no existe estafa si la compañía aseguradora no ha formulado preguntas en el cuestionario previo de las que surja la obligación de declarar la existencia de una cardiopatía congénita.

5. Si ya tengo contratado un seguro y en su momento omití declarar que tengo una cardiopatía congénita, ¿qué puedo hacer?

Dependerá de si a usted se le preguntó o no (véase pregunta 1). Es decir, si el cuestionario era lo suficientemente concreto y fue usted quien omitió la información culposa o dolosamente, corre el riesgo de que el seguro no preste cobertura en caso de siniestro. En caso contrario, es decir si el asegurador no le sometió a un cuestionario (poco probable) o no incluyó circunstancias en el mismo que puedan influir en la valoración del riesgo asegurado, es la compañía aseguradora quien debe asumir las consecuencias que deriven de un cuestionario incompleto y usted no tiene por qué comunicarlo.

Tenga en cuenta que puede comunicar esta circunstancia ***a posteriori*** a la aseguradora. Sin embargo, ha de saber que la Ley de Contrato de Seguro da la posibilidad a la aseguradora de rescindir el contrato en un plazo de un mes desde el día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo (artículo 12 segundo párrafo de la Ley de Contrato de Seguro). Otra posibilidad es que la aseguradora en el plazo de dos meses desde que la agravación fue declarada proponga una modificación

del contrato, teniendo el tomador quince días para aceptarla y rechazarla (artículo 12 primer párrafo de la Ley de Contrato de Seguro).

Es recomendable que todas estas comunicaciones se hagan por un medio (por ejemplo, un burofax) que después permita probar que se ha facilitado la información a la aseguradora.

6. ¿Tengo la obligación de comunicar la agravación de mi cardiopatía?; ¿y la mejora?

No, usted no tiene la obligación de comunicar la agravación de su cardiopatía ya que la obligación no se extiende a la vida del contrato, tal y como especifica el artículo 11.2 de la Ley de Contrato de Seguro, siempre y cuando el contrato firmado con la aseguradora no recogiera expresamente la obligación de notificar las variaciones que se produzcan a lo largo de la vida del contrato en relación con la agravación de su cardiopatía/estado de salud. En este sentido, y en caso de que no esté previsto la notificación de la agravación de la cardiopatía/estado de salud, será suficiente con que, en el momento que contestó el formulario de salud, respondiera con veracidad las preguntas.

En cuanto a una mejoría, sería conveniente comunicarla ya que podría suponer una nueva valoración del cálculo del coste del seguro, tal y como se explica en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro.

7. ¿Me puede imponer la compañía aseguradora una cuota más alta o condiciones más gravosas por tener una cardiopatía congénita?

Las compañías aseguradoras pueden imponer una cuota más alta o condiciones más gravosas siempre que estén fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, documentadas previas y objetivamente, tal y como se describe en la Disposición Adicional Quinta de la Ley de Contrato de Seguro.

8. ¿Qué opciones de reclamación tengo si la compañía aseguradora me deniega la contratación o me impone condiciones abusivas?

Tiene usted tanto opciones extrajudiciales como judiciales. Ambas se encuentran desarrolladas en mayor profundidad en nuestra guía. Esquemáticamente son las siguientes:

- ☑ Las extrajudiciales serían: Servicio de atención al cliente de la aseguradora correspondiente; Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP); Autoridad independiente para la igualdad de trato y no discriminación; y Defensor del Pueblo.

- ☑ - Las judiciales son dos: la vía civil o la vía penal. En ambos casos puede solicitar la asistencia jurídica gratuita, en virtud del artículo 5.2 de la Ley de Asisten-

cia Jurídica Gratuita, atendiendo a sus circunstancias de salud y siempre que no supere el quíntuplo del IPREM en caso de discapacidad.

La Ley 15/2022, Integral de igualdad de trato y no discriminación, en su artículo 29, legitima a las asociaciones y organizaciones legalmente constituidas que tengan entre sus fines la defensa y promoción de los derechos humanos para defender los derechos e intereses de las personas afiliadas, asociadas o usuarias de sus servicios en procesos judiciales civiles, contencioso-administrativos y sociales, siempre que cuenten con su autorización expresa.

9. ¿Qué significa la declaración de riesgo inasumible y qué implica?

La Disposición Adicional Quinta de la Ley de Contrato de Seguro prohíbe la discriminación por razón de VIH/SIDA u otras condiciones de salud. Sin embargo, hay causas conforme a esta disposición que sí que permiten a la aseguradora imponer unas condiciones más gravosas o un sobrecoste. Si el contrato del seguro pudiera suponer para la aseguradora un riesgo para su estabilidad financiera (por ejemplo, cuando la empresa quebraría o reduciría significativamente sus beneficios si aceptase ese perfil) puede llegar a no asegurar y no sería un acto discriminatorio. Esto se produce porque se estaría ponderando la libertad de empresa con los derechos de los potenciales contratantes.

10. ¿Qué diferencia hay entre las cláusulas limitativas de derechos y las cláusulas delimitadoras del riesgo?

La **cláusula limitativa de derechos** va a restringir, modificar o condicionar los derechos del asegurado a la indemnización una vez que se ha producido el riesgo por el cual se contrató el seguro. En este sentido, las cláusulas limitativas deberán (i) ser "destacadas de modo especial"; (ii) aparecer en las condiciones particulares y no en las condiciones generales; y (iii) permitir al asegurado comprender el significado y alcance de estas y diferenciarlas de las que no tienen esta naturaleza.

Por otro lado, las **cláusulas delimitadoras del riesgo** fijan lo que se llama el objeto del contrato, es decir, qué riesgo está cubierto, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué condiciones.

11. ¿Cuándo podría existir un trato discriminatorio por razón de mi condición de salud/ discapacidad?

Puede existir un trato discriminatorio cuando se deniega la contratación o se impone un sobrecoste o condición más gravosa al contratar el seguro por motivo de su enfermedad o discapacidad y no se da una justificación objetiva y razonable.

Seguros de Salud

12. En el caso de seguros de adhesión a empresa, si no me hacen un cuestionario previo y no declaro que tengo una cardiopatía congénita, ¿puedo hacer uso del seguro, o la compañía podría rescindirlo?

El deber de declarar es un deber de contestación (véase pregunta 1). Si no se le hace un cuestionario, no podrían rescindirle el seguro ya que es la compañía la que debe asumir las consecuencias de no hacerlo.

13. En el caso de seguros de adhesión a empresa, ¿tengo la obligación de devolver el cuestionario relleno a mi empleador?; ¿puedo enviarlo de manera directa a la compañía aseguradora?

En general, este cuestionario previo se entrega a la empresa empleadora para que luego lo remita a la compañía aseguradora. Si se desea enviar la información directamente a la compañía aseguradora, puede informarse del nombre de la compañía aseguradora y consultar esta cuestión con el departamento de atención al cliente. No obstante, debe saber que si hace uso de este producto es posible que incidentalmente algún departamento de la empresa empleadora pueda tener conocimiento, aun limitado, de su condición de salud. Esto se daría, por ejemplo, en el caso de que una atención no fuese cubierta y su empleadora reclamase para esclarecer esta cuestión.

14. En el caso de seguros de adhesión a empresa, ¿cómo deben tratar en la compañía los datos relativos a mi salud?

Si la empresa va a recopilar datos relativos a la salud de los trabajadores, deberá cumplir con la regulación de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018). La empresa debe obtener el consentimiento informado de los empleados para recopilar, procesar y compartir sus datos de salud con la aseguradora. Estos datos son confidenciales, por lo que la empresa deberá proteger dicha información y sólo destinarla a los fines específicos para los que se ha obtenido el consentimiento: contratar el seguro colectivo. La empresa deberá retener dichos datos el tiempo necesario para cumplir el propósito y luego eliminarlos de manera segura.

En España, la Agencia Española de Protección de Datos es la autoridad encargada de supervisar y controlar que se cumple con la regulación de protección de datos.

15. En el caso de seguros que se presentan como beneficio social de la empresa, en el caso de ser denegada la contratación, ¿podría pedir que se me contratase un seguro que me acepte o percibir una compensación económica?

El artículo 4.2 c) del Estatuto de los Trabajadores establece el derecho básico a no ser discriminado de manera directa o indirecta en el empleo por razón de discapacidad. Asimismo, el artículo 17 dispone que «se entenderán nulos y sin efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales del empresario que den lugar en el empleo, así como en materia de retribuciones, jornada y demás condiciones de trabajo, a situaciones de discriminación directa o indirecta desfavorables por razón de discapacidad». Por lo tanto, pesa sobre el empresario llevar a cabo las acciones necesarias para que no exista discriminación debido a la cardiopatía congénita. A esta regulación habrá que sumarse lo dispuesto en la Ley 15/2022 sobre la prohibición de discriminación por razón de la condición de salud o de discapacidad.

16. Si el seguro de salud lo quiero emplear para cuestiones distintas a mi cardiopatía, ¿puedo omitir en el cuestionario previo que tengo una cardiopatía?

Según el artículo 10 de la Ley de Contratos de Seguro, es obligatorio responder al cuestionario de la aseguradora con todas las condiciones de salud conocidas. En caso de no cumplir con este deber, la compañía podría liberarse del pago. Sin embargo, la obligación sólo se extiende a la información que la compañía le haya solicitado, ya que es la aseguradora la que debe saber qué antecedentes médico-sanitarios son relevantes para valorar el riesgo. Por tanto, si en el cuestionario previo no hay ninguna pregunta (concreta o genérica) que le haga consciente de que es necesario revelar su cardiopatía congénita, es posible omitirlo (véase la pregunta 1).

17. ¿Puede una compañía de seguros excluir de la cobertura las enfermedades, discapacidad o condiciones de salud previas?

Las compañías aseguradoras establecen cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados en los contratos de seguro que operan a lo largo de toda la vida del contrato. Entre estas cláusulas suelen incluir la no cobertura de cualquier enfermedad previa (preexistente) al contrato que haya sido declarada por el asegurado y, en particular, las enfermedades congénitas. Sin embargo, la Disposición Adicional Única de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios establece que «serán nulas aquellas cláusulas, estipulaciones, condiciones o pactos que excluyan a una de las partes por tener VIH/SIDA u otras condiciones de salud. Asimismo, será nula la renuncia a lo estipulado en esta disposición por la parte que tenga VIH/SIDA u otras condiciones de salud». Por lo tanto, en el caso de contratar

el seguro al margen de la profesión (condición de consumidor) y atendiendo a los límites particulares que establezca la cláusula, la exclusión genérica de la cobertura en los términos indicados anteriormente sería nula, así como la renuncia a lo legalmente dispuesto.

18. ¿Qué implica un período de carencia?

Un período de carencia es el tiempo que pasa entre que se da de alta la póliza y el día en que la persona asegurada puede empezar a disfrutar de las coberturas de su seguro. Los períodos de carencia tienen gran protagonismo en el ámbito de los seguros de salud y habrá que atender a lo pactado en el contrato de la póliza para saber su duración.

El principal propósito del período de carencia es evitar que las personas contraten seguros de salud únicamente cuando necesiten atención médica inmediata costosa y posteriormente cancelen una vez recibido el tratamiento. Por ese motivo, la atención médica primaria suele estar asegurada nada más firmar el contrato, mientras que la visita a ciertos profesionales o determinados tratamientos tendrán que esperar a que se cumpla este periodo de carencia.

19. ¿Existen seguros de salud en los que no sea necesario contestar al formulario de salud?

El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro exige la respuesta a lo que pregunte el asegurador. Existen productos en los que no se pide formulario de salud y son conformes a la legalidad vigente. Sin embargo, por el riesgo que entraña para la compañía aseguradora este tipo de productos, las coberturas que ofrecen sin presentar formulario de salud suelen ser muy limitadas.

Seguros de Vida

20. Si para contratar un seguro de vida oculto que tengo una cardiopatía congénita, ¿puede la compañía aseguradora tener acceso a mi información médica?

El asegurado tiene la obligación de declarar a la aseguradora todas las circunstancias que le solicite la compañía y tengan impacto en la evaluación del riesgo. Esto incluye proporcionar la información médica relevante que la entidad pida (ver pregunta 1 para más información). Si no se responde al cuestionario haciendo honor a la verdad y la buena fe, la aseguradora podría tener derecho a rescindir el contrato e incluso liberarse del pago de la prestación convenida en caso de dolo o culpa grave en la ocultación. No obstante, el artículo 89 de la Ley de Contrato de Seguro establece que transcurrido el primer año de vida de este tipo de seguro, sólo podrá existir liberación en el caso de dolo.

La aseguradora no puede acceder al historial médico durante la vida del contrato de seguro. Sin embargo, cuando se produzca el siniestro se podrá requerir documentación que justifique que se han cumplido los presupuestos que dan origen al pago. Esto suele incluir un informe médico, donde podría figurar la cardiopatía congénita. Sobre esto, la Ley Orgánica 3/2018 establece en su artículo 9 ampara el tratamiento de los datos en el ámbito de la salud si así lo exige la ejecución de un contrato de seguro del que el afectado sea parte.

21. ¿Puede una compañía de seguros cubrir el fallecimiento y excluir la incapacidad permanente?

En general, las pólizas que ofrecen las compañías de seguros pueden cubrir el fallecimiento y excluir la incapacidad permanente. Es importante leer detenidamente las cláusulas delimitadoras del contrato de seguro, es decir, aquellas que determinan el objeto del seguro y las garantías y prestaciones cubiertas por la aseguradora. No obstante, hay que tener en cuenta que las Disposiciones Adicionales 4ª y 5ª de la Ley de Contrato de Seguro establecen que no se podrá denegar el acceso a la contratación de un seguro fundándose la compañía aseguradora en las condiciones de salud del asegurado, ni establecer procedimientos de contratación diferentes o condiciones de contratación más onerosas salvo que estén fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, por lo que no se podría excluir a una persona por una incapacidad permanente sin una justificación razonable.

22. ¿Es posible que me exijan un seguro de vida para la contratación de un préstamo con garantía hipotecaria? ¿Qué ocurre si me deniegan el seguro de vida?

No es una obligación legal contratar un seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario, pero es una práctica habitual y con reconocimiento legal en la Ley 5/2019 que regula los contratos de crédito inmobiliario. En el artículo 17.3 establece que «Los prestamistas o intermediarios de crédito inmobiliario podrán exigir al prestatario la suscripción de una póliza de seguro en garantía del cumplimiento de las obligaciones del contrato de préstamo, así como la suscripción de un seguro de daños respecto del inmueble objeto de hipoteca y del resto de seguros previstos en la normativa del mercado hipotecario. En este caso el prestamista deberá aceptar pólizas alternativas de todos aquellos proveedores que ofrezcan unas condiciones y un nivel de prestaciones equivalentes a la que aquel hubiera propuesto, tanto en la suscripción inicial como en cada una de las renovaciones. El prestamista no podrá cobrar comisión o gasto alguno por el análisis de las pólizas alternativas que se le presenten por el prestatario. La aceptación por el prestamista de una póliza alternativa, distinta de la propuesta por su parte, no podrá suponer empeoramiento en las condiciones de cualquier naturaleza del préstamo».

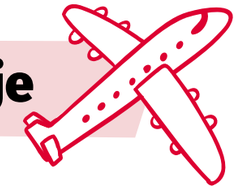
Este tipo de condiciones ofrecen una doble garantía: al banco y a los herederos pues en caso de que el titular fallezca antes de pagar la hipoteca por completo, la aseguradora emitirá una póliza de seguro de vida que cubrirá la deuda.

Esta vinculación puede ser considerada abusiva, pero para ello deben darse circunstancias como la exigencia de que el seguro se contrate con una compañía en concreto o que se pague en prima única. En el caso en que le denegaran el seguro de vida, al margen de los medios de reclamación ya expuestos, podría comparar distintas hipotecas y sus condiciones pues hay ciertos bancos que no bonifican por tener contratados seguros de vida y ofrecen otras opciones como seguros de hogar o domiciliaciones de nóminas, o incluso puede encontrar entidades con las que no sea necesario contratar otros productos.

23. ¿Puede el banco actuar de intermediario para la contratación de un seguro de vida en el marco de un préstamo con garantía hipotecaria?

El artículo 150.1 del Real Decreto-ley 3/2020 considera que son operadores de banca-seguros «las entidades de crédito, los establecimientos financieros de crédito y las sociedades mercantiles controladas o participadas por cualquiera de ellos (...) que, mediante la celebración de un contrato de agencia de seguros con una o varias entidades aseguradoras, se comprometan frente a estas a realizar la actividad de distribución de seguros como agentes de seguros utilizando sus redes de distribución». Por consiguiente, un banco puede distribuir los seguros de vida de una entidad aseguradora, siempre y cuando haya firmado un contrato con la entidad aseguradora en cuestión.

Seguros de Viaje



24. Si participo en el programa Erasmus dentro de la UE, ¿tengo que contratar un seguro de salud o me vale con la Tarjeta Sanitaria Europea? ¿Y si la estancia por estudio es fuera de la UE?

Dentro de la Unión Europea está reconocido el derecho a circular y residir libremente en cualquiera de los territorios miembros pero no se puede ser una carga para los servicios sociales y sanitarios del país de recepción. Si la residencia va a ser por un período de más de tres meses, como es el caso del programa Erasmus, se establecen ciertas condiciones pues no es suficiente con la Tarjeta Sanitaria, sino que exige que durante tus estudios cumplas tres condiciones:

- ☑ Estar matriculado en un centro educativo reconocido
- ☑ Tener ingresos suficientes (de cualquier procedencia) para vivir sin necesitar ayudas económicas
- ☑ Tener un seguro médico completo en ese país

Además, es conveniente completar el formulario S1, conocido como el Certificado de Derecho a la Asistencia Sanitaria. El formulario permite a las personas que se trasladan a la UE para estudiar mantener su cobertura de seguridad social en el país de origen y acceder a servicios sanitarios en el país de acogida.

Si la estancia por estudios es fuera de la Unión Europea, tendrá que informarse sobre la necesidad y conveniencia de contratar un seguro. Por ejemplo, es obligatorio en países como Cuba, Ecuador, Argentina, Israel, Arabia Saudí, etc. En los países en los que no es obligatorio, sí que es aconsejable contar con un seguro para estudiantes. Este tipo de seguros cubren la asistencia médica en países en los que la sanidad puede tener elevados costes (por ejemplo, Estados Unidos), además pueden incluir de manera complementaria la cobertura del equipaje, posibilidad de cancelación, repatriación, accidentes del viaje y responsabilidad civil. Por otro lado, se debe tener en cuenta que estos seguros pueden no cubrir determinadas contingencias o prestaciones como embarazos y partos, lesiones en actividades de alto riesgo, etc. Lo aconsejable es revisar detenidamente las condiciones de la póliza del seguro.

25. ¿Todos los seguros de viaje exigen una declaración previa de salud?

No todos los seguros de asistencia en viaje exigen una declaración previa de salud.

Someter al tomador del seguro a un cuestionario previo de salud es opción de la compañía aseguradora. Es la compañía quien asume el riesgo de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo. En aquellos casos en que no se exija dicha declaración previa de salud será la compañía quien asuma el riesgo derivado de la falta de información. Sin embargo, por su parte, deberá atender y revisar cuidadosamente todas las cláusulas del contrato pues, en la mayoría de los seguros de viaje, la cobertura suele estar limitada a accidentes y urgencias que puedan acaecer durante el viaje y, en consecuencia, quedar excluidos hechos y/o consecuencias derivadas de condiciones de salud conocidas antes del inicio del desplazamiento y/o contratación de la póliza.

(A continuación un ejemplo ilustrativo)

6.2 Asistencia Médica y Hospitalaria:
Si **EL ASEGURADO** sufriera un accidente o una enfermedad, **EL ASEGURADOR** le prestará asistencia médica (cuando esta no sea preexistente (salvo que su cobertura haya sido objeto de contratación particular), congénita, recurrente o crónica), sobrevenida durante la vigencia de la póliza, encargándose de organizar y asumir los gastos que se generen por dicha asistencia.

También es posible que este tipo de seguro contemple otras coberturas, tales como traslados o repatriaciones en determinadas circunstancias, pero dependerá de la póliza y la compañía. Por esto, es necesario revisar detenidamente las condiciones del contrato para conocer la cobertura propuesta y sus posibles limitaciones o exclusiones y, en particular, en lo referente a eventuales condiciones de salud previas y conocidas.

26. ¿Cuál sería la cuantía ideal para asegurar en el caso de una cardiopatía congénita?

La cuantía puede variar ampliamente en función de diversas características tales como la edad, la condición de salud general de la persona y del país al que se pretende viajar. Por lo tanto, lo ideal, en caso de duda, es consultar con el especialista de referencia para obtener una orientación.

En este contexto, pudiera ser recomendable obtener más de un presupuesto y, en su caso, acudir a un mediador de seguros especializado en brindar asesoramiento (por ejemplo, un corredor de seguros).

27. ¿Qué opciones tengo en caso de que se me deniegue el seguro de viaje y necesite viajar?

En aquellos casos en los que requiera un seguro de viaje y éste le sea denegado, existen diferentes vías de reclamación (véase pregunta 8). En cualquier caso, si dispone de un seguro de decesos o de un seguro de salud privados, puede consultar

si prestan cobertura para contingencias relacionadas con su salud durante traslados nacionales e internacionales.

28. ¿Me pueden despedir si no puedo viajar por no conseguir un seguro de viaje?

No se puede despedir a una persona trabajadora por no conseguir un seguro de viaje cuando la denegación de este se deba a una cardiopatía congénita o cualquier otra condición de salud.

Antes de entrar a analizar los motivos que justifican la anterior afirmación (la calificación del despido como nulo por ser discriminatorio) y los elementos que deberían tenerse en cuenta en cada caso, conviene poner de manifiesto que, en materia de protección de datos, la información sobre la salud de los trabajadores y las trabajadoras constituye un dato personal que no es de acceso y tratamiento natural por parte de los empresarios. Es decir, la trabajadora o el trabajador no está obligado a dar información sobre este tipo de detalles de su salud. Por ello, el empresario no tiene derecho a conocer el motivo por el cual un tercero deniega el aseguramiento del viaje.

Respecto a la calificación del despido, en la medida en que el motivo por el cual no se obtenga el seguro de viaje sea tener una cardiopatía congénita, el despido sería nulo por considerarse discriminatorio. Es decir, el despido se estaría fundamentando en una de las causas protegidas frente a la no discriminación que incluyen, entre otras, «enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos» (art. 2.1 Ley 15/2022). La calificación del despido como nulo conlleva la readmisión de la persona trabajadora y el abono de sus salarios de tramitación (esto es, los salarios que habría percibido desde el despido hasta la readmisión) e incluso un posible reconocimiento de daños y perjuicios.

Sin perjuicio de la presunción de discriminación expuesta, en caso de producirse el despido, el órgano judicial competente analizaría (i) los indicios aportados por la persona trabajadora para justificar la existencia de discriminación y (ii) los motivos alegados por la empresa como objetivos y razonables, para defender la inexistencia de discriminación. Haciendo un balance de ambos, el órgano judicial resolvería declarando la nulidad o no del despido por resultar discriminatorio.

En este sentido, un elemento relevante a considerar es si la empresa conocía que la persona trabajadora tenía la citada condición de salud (sin perjuicio del derecho de la trabajadora a no comunicarlo, indicado anteriormente).

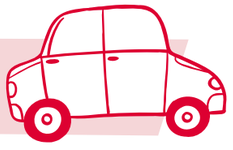
1. Si la empresa (de forma preexistente a la contratación) era conocedora de la

condición de salud por parte de la persona trabajadora, su aptitud para el desempeño de las funciones del puesto de trabajo ya debió ser valorada con anterioridad. Por ello, en caso de imposibilidad de llevar a cabo alguno de los requerimientos del puesto, como podría ser viajar, el empresario deberá adaptar su puesto de trabajo. En este sentido, el artículo 25 de la Ley 31/1995 establece la obligación de adoptar las medidas preventivas y de protección necesarias a fin de proteger a las trabajadoras, especialmente a aquellas que por sus características personales sean sensibles a determinados riesgos derivados del trabajo.

2. Si la empresa no conocía que la persona trabajadora tenía esta condición de salud, podría argumentar como causa de despido la ineptitud sobrevenida para realizar sus funciones (de nuevo, sin tener derecho el empresario en este punto a conocer los detalles de la condición de salud y no estando la trabajadora obligada a facilitárselos). Esta cuestión, debería analizarse en relación con otros elementos como, por ejemplo, (i) si viajar constituye un elemento esencial para el correcto desarrollo de la posición, y (ii) si la persona trabajadora fue informada de ello.

En conclusión, sin perjuicio de la regla general por la que es nulo el despido de una persona trabajadora por tener una determinada condición de salud, cada caso deberá ser analizado tomando en consideración todos los elementos que concurren en el supuesto y respetando el derecho a la protección de datos personales de los trabajadores.

Psicotécnico



29. ¿Pueden imponerme un plazo de renovación más breve en el examen psicotécnico para la renovación del carné de conducir?

Sí, es posible. La Directiva Europea 2016/1106 dio lugar a la aprobación en España de la Orden PRA/375/2018, de 11 de abril, por la que se modifica el anexo IV del Reglamento General de Conductores. Concretamente, este anexo IV regula las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción. A través de esta Orden se introduce un apartado (apartado 4.11 del Anexo) relativo a las cardiopatías congénitas, el cual, establece que el período de concesión o renovación de dichas aptitudes podrá variar según el criterio facultativo de acuerdo con las circunstancias del caso concreto:

4.11 Cardiopatías congénitas.	Debe valorarse individualmente, considerando clase funcional, función ventricular, afección valvular, repercusión sobre la presión pulmonar e historia de síncopes o arritmias, considerando los apartados correspondientes	Ídem grupo I.	Con informe favorable del cardiólogo, en el que se haya valorado la complejidad de la cardiopatía y el riesgo de complicaciones,, su corrección quirúrgica si hubiera sido precisa, se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción con periodo de vigencia a criterio facultativo.	Ídem. grupo I

Un trato distinto en función de las circunstancias de cada persona no implica que exista discriminación. Nuestro ordenamiento jurídico prohíbe la discriminación entendida como un trato desfavorable a una persona o un colectivo por un motivo irrelevante e infundado para el asunto en cuestión. De acuerdo con la Sentencia 151/2022 del Tribunal Constitucional, podrá darse un trato diferenciado cuando la medida busque un objetivo legítimo y los medios empleados para alcanzar dicho objetivo sean proporcionados con la finalidad perseguida. En igual sentido se ha pronunciado la Ley 15/2022. Por lo tanto, sería constitucional el trato diferenciado si la Dirección General de Tráfico, dependiente del Ministerio del Interior, justificase adecuadamente la necesidad de ese trato diferenciado. La cuestión para debatir es si ese trato diferenciado puede imponerse a todas las personas con cardiopatías congénitas o sólo a aquellas con determinadas limitaciones en la función ventricular, o con determinadas afecciones valvulares, etc. La imposición de un trato diferenciado a todas las personas con cardiopatías congénitas como grupo no estaría justificada.

30. ¿Puede la aseguradora denegar la cobertura frente a un siniestro por no haber declarado que tengo una cardiopatía congénita?

Con antelación a la contratación del seguro, el tomador del seguro está obligado a declarar a la aseguradora todas aquellas circunstancias conocidas necesarias para la valoración del riesgo, de acuerdo con el cuestionario al que le someta la aseguradora. Si bien, el tomador no se encontrará sujeto a tal deber de respuesta si la aseguradora no presenta ningún cuestionario o cuando aun habiéndolo hecho, se trate de cuestiones que no estén comprendidas en el mismo.

Si antes de la contratación del seguro fue sometido a un cuestionario de salud en el que se consultaba de forma razonablemente clara sobre su condición de salud y no declaró tener una cardiopatía congénita, la aseguradora podrá rescindir el contrato en el plazo de un (1) mes desde que tuvo conocimiento de su reserva o inexactitud.

No obstante, si el siniestro tiene lugar antes de que la compañía declare rescindido el contrato por reserva o inexactitud del tomador, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Sin embargo, si hubiese mediado dolo o culpa grave del tomador del seguro (por ejemplo, ocultando información consultada de forma clara por medio del cuestionario), la aseguradora quedará liberada del pago de la prestación. En algunos casos, como la Sentencia 3798/2020 del Tribunal Supremo, los tribunales han tenido en cuenta que existiese un nexo causal entre la enfermedad o condición “ocultada” por el tomador y el siniestro ocurrido, para poder exonerar a la aseguradora del pago. No obstante, puesto que no hay una doctrina uniforme, cabe la posibilidad de que la aseguradora no esté obligada a responder del siniestro si la persona asegurada oculta su cardiopatía en el cuestionario previo.

Seguro de Decesos

31. ¿Pueden denegarme un seguro de decesos por razón de mi cardiopatía?

Sí, al igual que con el resto de los seguros, las compañías aseguradoras podrán determinar qué riesgos están dispuestos a asumir y cuáles no. Sin embargo, el artículo 17.2 de la Ley 15/2022, así como las Disposiciones Adicionales 4ª y 5ª de la Ley de Contrato de Seguro, prohíben expresamente la denegación o discriminación en el acceso a los seguros por razón de enfermedad, discapacidad o condiciones de salud, salvo que dicho trato diferencial responda a causas objetivas y sea proporcionado. Por ello, no cabe una exclusión genérica por el mero hecho de tener una cardiopatía congénita, sino que habrán de justificar por qué, en su caso concreto, el riesgo es inasumible. No obstante, no es infrecuente encontrar cláusulas en los seguros de decesos en virtud de las cuales se incorporan exclusiones vinculadas a la edad y estado de salud (por ejemplo, respecto de personas que tengan enfermedades graves).

(A continuación un ejemplo ilustrativo)

CAPÍTULO III

Disposiciones generales

Personas no asegurables

A los efectos de este seguro no son asegurables las personas que al solicitarlo tengan más de 70 años o padezcan enfermedad grave.

32. ¿Pueden cobrarme una prima más elevada por razón de mi cardiopatía?

Sí, es posible. Al igual que ocurre con la denegación, también cabe la imposición de una cuota más elevada por asumir la compañía un riesgo mayor. No obstante, la cuantía ha de estar justificada y se han de fundamentar las razones que llevan a su determinación. Además, puesto que las cardiopatías congénitas son diversas y no todas suponen el mismo riesgo, tampoco cabe una justificación genérica, sino que habrá de atenderse al caso concreto. Por todo ello, no cabe la imposición de una cuantía arbitraria, si no que la elevación de la cuantía ha de ser proporcional al riesgo asumido.

33. ¿Qué es un seguro de prima única?

Se trata de seguros en los que el tomador sólo debe abonar una única cantidad en el momento de la contratación del producto asegurado. Es decir, en lugar de abonar una cuota mensual o anual, el tomador queda obligado a un único pago inicial. De esta forma, una vez pagada la cantidad inicial acordada, el tomador no tiene que afrontar ningún otro pago. Esta puede ser una buena alternativa para la contratación de seguros de decesos en casos de personas de avanzada edad.

34. ¿Qué coberturas complementarias puede tener un seguro de decesos?

Las condiciones complementarias pueden ser de lo más variadas en función del tipo de póliza y compañía con que se contrate el seguro. Habrá de atenderse a las condiciones de contratación reflejadas en las cláusulas del contrato. En algunos casos es posible que el seguro de decesos lleve aparejado una cobertura de viaje limitada, la cual a su vez puede ser suficiente para la solicitud del visado en algunos países.

(A continuación un ejemplo ilustrativo)

2.4. Asistencia en viaje

Además de las anteriores, se suman las siguientes garantías de asistencia en viaje en el extranjero (estancia en el extranjero menor a 60 días):

- Repatriación sanitaria en caso de accidente o enfermedad grave ocurridos en el extranjero.
- Gastos médicos de urgencia a consecuencia de enfermedad o accidentes graves en el extranjero. Límite: 3.000 €.
- Asistencia a los familiares asegurados en viaje por el extranjero en caso de repatriación sanitaria por accidente o enfermedad grave del tomador ocurridos en el extranjero.
- Regreso anticipado del asegurado que se encuentre de viaje por fallecimiento de un familiar o siniestro grave en su domicilio particular o local profesional.
- Desplazamiento de un acompañante junto con el asegurado que sea hospitalizado durante más de cinco días.

Sin embargo, antes de viajar fuera de España es necesario informarse de los costes de atención a la condición de salud particular en el país de destino para valorar si con esta cobertura adicional es suficiente.

35. ¿Me cubre el seguro de decesos familiar si resido fuera de España?

Esta cuestión dependerá del clausulado del contrato de seguro. Puede que algunos seguros incluyan cobertura aun residiendo en el extranjero, mientras que en otros casos únicamente prestarán cobertura a quienes residan en España. Habrá de tenerse en cuenta en el momento de la contratación. Algunos seguros contemplan la cobertura del traslado internacional, no obstante, en ocasiones se exige que el domicilio del asegurado se encuentre en España.

(A continuación un ejemplo ilustrativo)

2.3.2 Traslado internacional

Disposiciones previas

La presente garantía ampara a todas las personas inscritas en la póliza de decesos y su duración va condicionada a la duración de la misma.

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia, fuera de dicha residencia habitual, no exceda de los 60 días por viaje o desplazamiento.

EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS A LOS SEGUROS PRIVADOS

PREGUNTAS Y RESPUESTAS?

FUNDACIÓN
menudos corazones

2024

EL ACCESO DE LAS PERSONAS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS A LOS SEGUROS PRIVADOS

PREGUNTAS Y RESPUESTAS?

FUNDACIÓN menudos corazones

ELABORADO POR:

Universidad de Alcalá
FACULTAD DE DERECHO
CLÍNICA LEGAL

CON EL APOYO DE:

CMS Albiñana & Suárez de Lezo

CUATRECASAS

SQUIRE PATTON BOGGS

Y EL IMPULSO Y COORDINACIÓN DE:

Fundación Pro Bono España