

Seguros y víctimas

Colaboración toda, sumisión ninguna

Aquilino Yáñez de Andrés (Abogado)

En el marco de la nueva Ley sobre indemnización en accidentes de tráfico por el seguro obligatorio (nº 35/15 de 22 de septiembre), los lesionados están recibiendo constantemente burofax, conminándoles la aseguradora de turno a autorizar ser reconocidos por los peritos valoradores que prestan servicios retribuidos para las mismas.

El objetivo obvio de estas comunicaciones es controlar y minimizar las sumas a indemnizar, mediante el artificio de constituirse en juez y parte desde el primer momento, invadiendo la intimidad personal de la incauta víctima y transcribiendo para ello el texto del art. 37.2 del baremo de dicha Ley, indicativo de que: “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”.

Intimidad protegida constitucionalmente. Independientemente de que el derecho a la intimidad personal de la víctima lesionada, su libertad y la proscripción de su indefensión están protegidas constitucionalmente (arts. 1, 18.1 y 24), la cita de este precepto está fuera de contexto ya que, generalmente, la víctimas son atendidas de sus lesiones precisamente por servicios médicos designados por cuenta del seguro obligatorio concertado por las aseguradoras de los vehículos intervinientes, en virtud de los convenios al efecto establecidos y publicados en el BOE, tanto en la sanidad pública como en la privada.

Ello significa que cumplirán con su obligación de colaboración simplemente con la remisión de los hitos fundamentales de dicho historial médico, al momento de efectuar la reclamación indemnizatoria, cuando se produzca el alta médica definitiva.

Por consecuencia de ello, la pretensión de la aseguradora de intervenir a través de sus propios valoradores para convertirse en juez y parte del siniestro, carece de apoyo en el citado precepto. Por el contrario, el art. 7, nº 1, párrafo tercero, de la misma Ley, que es previo al baremo que le sigue, exige únicamente al perjudicado para que pueda ser indemnizado por el asegurador, la formulación de una reclamación extrajudicial que debe incluir “cuanta información médica, asistencial o pericial, o de cualquier otro tipo, tenga en su poder, que permita la cuantificación del daño”, en forma, como se ve, muy flexible.

El número 2 de dicho precepto, **obliga al asegurador a presentar oferta motivada de indemnización en el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado** y le permite la posibilidad de “solicitar previamente - a su costa - 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”.

Intervención de los peritos. Es aquí y en este momento donde aparece la posibilidad de intervención de los peritos valoradores de las aseguradoras, siempre y cuando la documentación aportada por el lesionado sea manifiestamente insuficiente, lo que generalmente no deberá suceder, a la vista del informe de alta médica definitiva y demás hitos del historial médico remitidos.

Pero en ningún momento surge obligación alguna por parte de la víctima de permitir un innecesario ataque a su intimidad personal, ni deber de quedar sometida al dictamen de estos valoradores parciales, convirtiendo a las aseguradoras que les pagan en juez y parte.

Como colofón a todo lo anterior, estimamos que la postura de las víctimas ante requerimientos conminatorios de la índole que estamos analizando, debe ser la de recordar al asegurador de turno que no debe tener prisa en liquidar el siniestro antes de tiempo, aunque su deseo sea pagar lo menos posible de indemnización, sino que debe de esperar a que se produzca el alta médica definitiva del lesionado, momento en el que se le enviará la reclamación correspondiente, junto con los hitos fundamentales del historial médico del paciente, procedente de los servicios médicos que han atendido a este, designados por cuenta del seguro obligatorio; advirtiéndole, si se quiere, de la obligación inexcusable de dicho asegurador de efectuar oferta motivada de indemnización en plazo de tres meses, aunque puede solicitar previamente, bajo su responsabilidad y a su costa, los informes periciales privados que considere pertinentes, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño, pero respetando siempre el derecho a la intimidad, a la libertad y a la debida defensa de la víctima, que no puede ser nunca obligada a reconocimiento personal alguno, en su perjuicio y contra su voluntad.

Es más, si el asegurador, aduciendo una inexistente insuficiencia de la documentación aportada por la víctima, pese al historial médico remitido, no envía en plazo la oferta motivada que la Ley le exige, tratando de requerir un reconocimiento médico pericial inexigible, podrá incurrir en responsabilidad civil y administrativa, ser objeto de penalización y sanción, y tener que asumir los costes del litigio que con su conducta obstativa habrá provocado. Así pues: Colaboración toda, sumisión ninguna.

NOTA.- Este trabajo ha sido publicado en el Dossier de Aranzadi Thomson Reuters, mayo/2017, y a su vez facilitado por su autor para su inclusión en www.peritajemedicoforense.com