

LOS SEGUROS

El seguro, tal como lo define la ley en Italia, es un tipo específico de contrato en el que los protagonistas son dos partes: el asegurador y el asegurado. Al suscribir una póliza de seguro, el asegurador se obliga, dentro de unos límites convenidos, a reembolsar al asegurado un siniestro que haya sufrido o a pagarle una suma o anualidad cuando se produzcan determinados hechos y/o circunstancias definidos en la póliza. Por su parte, el asegurado está obligado a pagar una cantidad, denominada prima, sin la cual el seguro no surte efecto, así como a adoptar medidas diligentes para evitar siniestros y a informar al asegurador del accidente en el plazo de tres días o, en cualquier caso, en el plazo definido en el contrato. Se pueden distinguir tipos específicos de políticas referidas a distintos temas, acontecimientos y circunstancias. A continuación, se indican las características de los seguros más comunes.

1. Seguro de vida

Un seguro de vida es un tipo de seguro que se activa cuando se produce un acontecimiento relacionado con la vida de una persona. Este tipo de seguro puede ser una forma de protección contra riesgos de enfermedad o muerte prematura o, incluso, una oportunidad de inversión.

En los seguros de vida intervienen cuatro partes: la compañía de seguros, el tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario.

- La compañía de seguros es la empresa que recibe el pago de la prima del tomador del seguro, en su caso a través de un intermediario autorizado por ella, contra el compromiso de pagar la prestación asegurada en los términos del contrato.
 - El tomador del seguro es la parte que suscribe el contrato de seguro, asume la obligación de pagar la prima frente a la compañía de seguros y está facultado para ejercer todos los derechos inherentes al contrato.
 - El asegurado es la persona sobre cuya vida se celebra el contrato y se calculan las prestaciones aseguradas; en otras palabras, es la persona cuyo fallecimiento, supervivencia u otro evento asegurado da lugar a la obligación del asegurador de pagar el capital o la renta asegurados.
 - El beneficiario es la persona designada por el tomador del seguro para recibir las sumas aseguradas si se produce el evento asegurado, es decir, la persona con derecho a la prestación pagada por la compañía de seguros. Según el tipo de contrato, la figura puede distinguirse y articularse en función del evento asegurado, por ejemplo, puede preverse que con referencia a la prestación asegurada al vencimiento contractual, en caso de supervivencia del asegurado, el beneficiario sea un sujeto X, mientras que en caso de fallecimiento prematuro, la prestación asegurada se abone a los herederos legales del mismo sujeto X.
-

La prima se compone del coste básico de la cobertura, las cargas (es decir, el coste de distribución y administración de la póliza) y los costes accesorios por gastos administrativos y fiscales. La aseguradora puede pedir un recargo si el estado de salud del asegurado plantea riesgos superiores a los considerados «ordinarios» o si el asegurado ejerce actividades profesionales o deportivas especialmente arriesgadas. La prima puede ser: una prima única anual, pagada al inicio del contrato y válida para toda la duración de la póliza o una prima periódica de importe variable a elección del tomador dentro de los límites especificados en el contrato. Es posible pagar la prima mediante diversos métodos, a menos que se prescriba un método de pago específico en los documentos informativos emitidos por la Compañía. Es importante examinar siempre la documentación facilitada antes de firmar el contrato, que suele incluir una hoja de resumen y una nota informativa que permiten al usuario tener tanto una visión general del producto como conocer sus detalles.

Al menos un mes antes del vencimiento del contrato, la empresa debe enviar a los beneficiarios un aviso recordándoles la proximidad del plazo. Para obtener el pago, el beneficiario debe presentar una solicitud de pago junto con los documentos estipulados en el contrato. Las condiciones de la póliza suelen fijar un plazo de 30 días a partir de la recepción de toda la documentación necesaria para liquidar el capital o la renta asegurados. Sin embargo, incluso antes del vencimiento, el cliente tiene la opción de poner fin anticipadamente a la relación de seguro y solicitar el llamado rescate de la póliza, es decir, obtener una suma de la compañía. También es posible suspender el pago de las primas anuales manteniendo el contrato en vigor hasta el vencimiento por un capital proporcionalmente reducido (reducción) y reanudar el pago de los importes tras el período de suspensión (reactivación). Las opciones anteriores (rescate, reducción y reactivación) se rigen por las condiciones del contrato.

La póliza de vida múltiple es un producto que combina los seguros de vida tradicionales, con una garantía financiera de la compañía, con los seguros de vida vinculados a fondos de inversión en los que el riesgo de inversión recae en el asegurado. Por lo tanto, es importante evaluar detalladamente el nivel de riesgo que se está dispuesto a asumir y los costes porcentuales medios anuales, prestar especial atención a la terminología utilizada en el paquete de información, a las preguntas formuladas para elaborar el perfil del cliente y a la posible presencia de mecanismos de reasignación de capital entre los dos tipos. En función de la finalidad para la que se celebre el contrato, pueden distinguirse distintos tipos de producto.

1.1 Ahorrar o invertir

Los seguros destinados al ahorro y/o la inversión incluyen los productos de vida revalorizables, los productos de rentas vitalicias revalorizables y los productos de seguros financieros. Los distintos tipos también pueden fusionarse en un único producto denominado «múltiple». Estas formas de seguro

permiten utilizar un capital o un plan de pagos en forma de ahorro (productos de vida revalorizables y de capitalización revalorizables) o en forma de renta complementaria (rentas vitalicias revalorizables) caracterizados por un rendimiento mínimo garantizado y, por regla general, por la consolidación de los rendimientos obtenidos, es decir, sin posibilidad de que disminuya el capital revalorizado o el importe de la renta asegurada. Por lo tanto, son adecuadas para los usuarios que no desean asumir riesgos financieros, que prefieren rendimientos bajos pero garantizados o que desean asegurarse a sí mismos o a otra persona (por ejemplo, su cónyuge o sus hijos en el caso de una renta vitalicia reversible) un tramo de renta que se pagará de por vida. Por lo tanto, estos productos pueden ser adecuados para las opciones de ahorro intergeneracional. Según el tipo preferido, el seguro de ahorro puede garantizar el pago del capital revalorizado al fallecimiento del asegurado, al vencimiento del contrato (con la posibilidad de elegir si el pago debe efectuarse cuando el asegurado aún vive o cuando haya fallecido) o en una fecha predeterminada, o el pago de una renta vitalicia revalorizable (con efecto inmediato o a partir de una fecha futura acordada) contra el pago de una prima por parte del cliente. Los seguros dedicados a la inversión, en cambio, están vinculados a la evolución de los mercados financieros: el rendimiento del capital puede estar vinculado a la evolución de los fondos de inversión o de los índices, y el cliente puede pagar una prima única o anual, acordando el importe en función de sus necesidades, así como definir, también de acuerdo con la compañía, la duración del contrato. Estos productos son adecuados para quienes prefieren invertir sus ahorros de forma dinámica, identificando las soluciones de inversión que mejor se adaptan a su apetito por el riesgo.

1.2 Protección

Se trata de seguros destinados a proteger frente a la aparición de determinadas situaciones de riesgo: fallecimiento, invalidez permanente, pérdida de autonomía y enfermedad grave. A cambio del pago de una prima por parte del cliente, la compañía de seguros garantiza el pago de una prestación (normalmente una cantidad a tanto alzado, en algunos casos una renta vitalicia), constante o decreciente, al producirse el evento asegurado (siniestro) durante la vigencia del contrato.

Generalmente, la única prestación es la cobertura del riesgo asegurado, por lo que no se prevén prestaciones como el reembolso del capital durante la vigencia del contrato (el llamado rescate) o al vencimiento, cuando expira el contrato.

La duración del contrato y la circunstancia asegurada pueden ser elegidas por el cliente o incluso determinadas en función del importe de la deuda que el cliente tenga contraída con una hipoteca o préstamo, cubierto por el seguro en cuestión. Estas formas de seguro suelen cubrir riesgos como el fallecimiento del asegurado, la invalidez permanente, la pérdida de autosuficiencia y la aparición de enfermedades graves.

1.3 Planes de pensiones complementarios

Los formularios de pensión complementaria prevén que la compañía de seguros, una vez recibidos los pagos del cliente, destine estas mismas cantidades a la acumulación de una determinada cantidad que, una vez cumplidos los requisitos de jubilación por parte del titular, se convertirá en una pensión complementaria. Por lo tanto, son adecuadas para quienes consideren necesario complementar su futura pensión en el futuro: al estar incentivadas fiscalmente por el Estado, estas formas de pensión pueden ser una inversión eficaz para un gran número de ciudadanos.

Los planes de pensiones complementarios pueden adoptar la forma de Planes de Pensiones Individuales (PPI) o fondos pensiones abiertos. Los PPI, dedicados únicamente a la afiliación individual, pueden recibir la cotización del trabajador (en el caso de los trabajadores por cuenta ajena es posible destinar el fondo de indemnización por despido a este fin y recibir la cotización del empresario de forma voluntaria) y pueden invertirse en planes de gestión de seguros independientes con una rentabilidad mínima garantizada o en participaciones de fondos de inversión de diversos tipos, dividiendo asimismo el importe total de las cotizaciones entre distintos componentes en función de la edad del titular y del número de años que resten para la consecución de la pensión. Los fondos de pensiones abiertos, en cambio, se dedican tanto a afiliaciones individuales como colectivas, por lo que a la cotización voluntaria del trabajador y a la indemnización por despido se añade la cotización del empresario definida en el convenio colectivo. En este tipo de fondos es posible elegir líneas de inversión más prudentes que ofrecen una garantía de rentabilidad mínima, o más arriesgadas, en función de la edad del usuario o de la duración de la afiliación.

2. Seguro de enfermedad

El seguro de enfermedad presenta características peculiares en comparación con otros productos de seguro, debido principalmente a que, a diferencia de las pólizas en las que el objeto de cobertura es un bien tangible, respecto del cual pueden tomarse como referencia valores de mercado conocidos para determinar la suma asegurada, el bien protegido no puede valorarse con arreglo a criterios objetivos precisos, ya que la suma a asegurar debe corresponder a la necesaria para compensar la disminución de ingresos derivada de la disminución de la capacidad laboral. No obstante, teniendo en cuenta que los ingresos futuros relacionados con el ejercicio de la profesión son inciertos -ya que, efectivamente, pueden estimarse a largo plazo, pero sobre la base de previsiones que pueden descartarse fácilmente y que, además, pueden verse influidas por numerosas variables externas-, la determinación del valor, y por tanto de las sumas aseguradas, se deja a la voluntad de las partes. Al contratar un seguro de enfermedad, uno queda cubierto frente a todas las enfermedades, es decir, todas las alteraciones del estado de salud de un individuo que presenten las características de posibilidad y no voluntariedad. Generalmente, los contratos también prevén la cobertura automática de las consecuencias de un accidente, entendido como «todo acontecimiento debido a una causa fortuita violenta y externa que

produzca un daño corporal objetivamente constatable».

También se considera la objetividad de la enfermedad (resultante de exámenes, diagnósticos, reconocimientos médicos, consultas, etc.) y su estado «evolutivo», es decir, el camino que va desde el simple inicio (alteración en curso, pero aún no evidente con síntomas o diagnóstico realizado) a la manifestación (que se produce mediante síntomas o diagnóstico), a la fase de tratamiento y, por último, a la de convalecencia y posibles secuelas. Para constituir el objeto de un contrato, es evidente que debe producirse una alteración futura, es decir, que no es posible asegurar una enfermedad ya existente. La contratación de una póliza de seguro de enfermedad requiere una evaluación específica del riesgo por ambas partes, asegurador y asegurado, que se realiza mediante un cuestionario específico de salud adjunto a la póliza y destinado a describir el estado de salud del usuario tal como este lo conoce: las preguntas se refieren a posibles enfermedades previas, situaciones patológicas, malformaciones, accidentes, invalidez, consumo de medicamentos, resultados de pruebas diagnósticas y factores hereditarios. De acuerdo con los resultados del cuestionario, la compañía de seguros permite la asegurabilidad plena y total (en ausencia de patologías o en caso de patologías que no afectan a la póliza, por ejemplo, la miopía) o, por el contrario, prevé la exclusión de una patología de la póliza (en caso de patologías con recidivas y consecuencias, por ejemplo, quistes y pólipos) o prevé una franquicia o una limitación de la indemnización (en caso de patologías con posibles recidivas, por ejemplo, cálculos renales) o un aumento de la prima (en caso de patologías con posibles recidivas, por ejemplo, cálculos renales) o un aumento de la prima (en caso de patologías que podrían entrañar un mayor riesgo, por ejemplo, diabetes e hipertensión) o excluir totalmente la asegurabilidad del cliente, por ejemplo, en caso de patologías muy graves (por ejemplo, cáncer). Por parte del asegurado es esencial examinar en detalle el plazo establecido en el contrato para que la póliza surta efecto. En general, la garantía se hace efectiva según el siguiente calendario:

- En caso de accidente: a partir del día de pago de la prima;
- En caso de enfermedad sobrevenida después de la firma del contrato: a los 30 días (60 días en caso de invalidez permanente);
- Para enfermedades relacionadas con patologías desconocidas preexistentes al contrato o conocidas y declaradas en el momento de la celebración: después de 120/180 días
- Para partos: después de 270/300 días;
- Para abortos y enfermedades del embarazo: después de 90/120 días para el aborto.

Igualmente escrupuloso debe ser el análisis por parte del asegurado de las circunstancias expresamente excluidas de la póliza de salud, incluyendo patologías preexistentes al contrato y deliberadamente ocultadas al asegurador, tratamientos requeridos como consecuencia de un comportamiento malintencionado por parte del cliente, tratamientos para corregir o eliminar defectos físicos o malfor-

maciones congénitas, tratamientos y/o secuelas de alcoholismo, drogadicción, consumo de estupefacientes y alucinógenos, tratamientos odontológicos y estéticos, lesiones relacionadas con la práctica de determinadas actividades deportivas, procedimientos y/o intervenciones de fecundación asistida y, en general, cualquier hecho relacionado con una conducta dolosa del asegurado. Incluso dentro de la macrocategoría del seguro de enfermedad, es posible distinguir ciertos subconjuntos.

2.1 Seguro de reembolso de gastos médicos

Aunque cada póliza puede tener peculiaridades específicas, por lo general se considera que, en lo que respectan los gastos hospitalarios y quirúrgicos, el reembolso incluye los honorarios hospitalarios, los gastos de ingreso y del equipo quirúrgico, los gastos de transporte del asegurado al lugar del tratamiento, los gastos antes y después del ingreso y/o la intervención quirúrgica, y otras extensiones. Por otra parte, en lo que respecta el reembolso de los exámenes especializados y las pruebas diagnósticas, algunas pólizas cubren los exámenes especializados -que suelen ser los más exigentes desde el punto de vista clínico y gravosos desde el punto de vista económico-, así como los exámenes y pruebas de carácter preventivo, siempre que se cumplan determinadas condiciones (por ejemplo, no más de un examen al año).

2.2 Seguro de indemnización

Tiene por objeto compensar la pérdida de ingresos derivada de la ausencia del trabajo del asegurado como consecuencia de una enfermedad y/o accidente o también proporcionar una ayuda a tanto alzado para hacer frente al aumento de los costes de asistencia y tratamiento médico. Se trata de una póliza de especial relevancia para los trabajadores autónomos o no asalariados, aunque, por supuesto, no se excluye que incluso los asalariados, a pesar de la cobertura del INPS y el INAIL, puedan necesitar en algunas circunstancias una cobertura de seguro privado. La forma más común de indemnización es la indemnización por hospitalización, pagada por la compañía de seguros por cada día de hospitalización en una cuantía elegida por el usuario. Es posible que el contrato prevea una franquicia en términos de días de hospitalización - en este caso, la indemnización al asegurado corresponderá al número de días de hospitalización menos la franquicia (generalmente se excluyen el día de hospitalización y el día del alta) - y la aplicación de recargos por hospitalización en el extranjero o en caso de operaciones especialmente graves o complejas.

2.3 Seguro por enfermedad crítica

La protección ofrecida por el seguro cubre las pérdidas económicas derivadas por la aparición de enfermedades graves específicamente previstas en el contrato, como consecuencia de las cuales se abona una suma predefinida. Estas pólizas incluyen casi siempre ictus, cáncer e infarto de miocardio, a los que suelen añadirse la cirugía de bypass coronario, la insuficiencia renal y el trasplante de órganos. El

seguro de enfermedad crítica también puede combinarse con una cobertura temporal en caso de fallecimiento. Las pólizas de enfermedad crítica siempre tienen un límite de edad, tanto mínimo (18 años) como máximo (puede oscilar entre 55 y 64 años), y generalmente excluyen el pago de prestaciones por siniestros derivados de acontecimientos postraumáticos, por enfermedades surgidas antes de la firma del contrato y por fallecimiento del asegurado en los 30 días siguientes al primer diagnóstico de la enfermedad crítica. La compañía de seguros puede reservarse el derecho a no proceder al pago de la suma asegurada en caso de que la documentación acreditativa del siniestro haya sido presentada por un médico que ejerza en un país no incluido en una lista específica prevista en el contrato.

2.4 Seguro de dependencia (Long Term Care)

Las pólizas de dependencia, conocidas como Long Term Care (LTC), cubren la pérdida de autonomía en el desempeño independiente de las funciones elementales y las actividades de la vida diaria -no necesariamente debida a enfermedad o accidente, sino también a senectud- garantizando prestaciones en forma de servicios en especie o importes monetarios a tanto alzado. La mayoría de los seguros identifican la pérdida de autosuficiencia cuando el asegurado es incapaz de realizar de forma independiente algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), como vestirse y desvestirse, desplazarse, mantener una buena higiene personal y alimentarse. También se reconoce la pérdida de autonomía cuando al asegurado se le diagnostica un trastorno nervioso o mental de origen orgánico, como la enfermedad de Alzheimer u otras demencias incapacitantes que conllevan la pérdida de la capacidad mental. La póliza LTC prevé el pago de una renta vitalicia en caso de que continúe sin ser autosuficiente. De nuevo, existen límites de edad específicos, normalmente 18 años para la edad mínima y 70 para la edad máxima. Además de no cubrir las enfermedades preexistentes o prediagnosticadas del asegurado, las pólizas de dependencia suelen contener exclusiones similares a las especificadas para la cobertura temporal por defunción.

3. Seguro de responsabilidad civil de vehículos de motor (TPL)

El seguro de responsabilidad civil de vehículos de motor es obligatorio por ley para todos los vehículos y cubre la eventualidad de que una persona cause daños personales o materiales en un accidente de tráfico mientras conduce un vehículo. Los vehículos aparcados en la vía pública o en zonas equivalentes a la vía pública también se consideran en circulación, por lo tanto, aunque el coche esté aparcado en la calle sin ser utilizado, sigue estando sujeto al seguro. La obligación se introdujo partiendo del supuesto de que el conductor es total o parcialmente responsable del daño y de que existe una relación de causa-efecto entre el hecho ilícito (es decir, la acción constitutiva de infracción del Código de la Circulación) y el daño injusto causado. En caso de colisión entre vehículos, se presume además que todos los conductores de los vehículos implicados contribuyeron por igual a causar los daños, al menos mientras no se demuestre lo contrario; por tanto, salvo prueba contraria, cada conductor está

obligado a indemnizar, en parte, los daños sufridos por el otro. La cobertura de responsabilidad civil de automóviles incluye los daños (corporales y materiales) causados a terceros no transportados indirectamente implicados (excluidos el propietario, el conductor, el arrendatario en leasing, el usufructuario, el comprador con pacto de reserva de dominio, los socios de responsabilidad limitada si el asegurado es una sociedad y los parientes del asegurado), daños (corporales) a los pasajeros a bordo del vehículo asegurado y daños (materiales) a los pasajeros a bordo del vehículo asegurado no responsables. La indemnización por daños y perjuicios puede reducirse parcialmente para el perjudicado en caso de no llevar puesto el cinturón de seguridad o el casco o por negligencia concurrente del perjudicado. En caso de conducción en estado de embriaguez o bajo los efectos de estupefacientes, de transporte que no se ajuste a lo dispuesto en el permiso de circulación del vehículo o de carecer de permiso de conducir, la compañía de seguros indemnizará íntegramente al tercero perjudicado, pero después reclamará contra el asegurado.

4. Seguro de hogar familiar

El seguro de hogar familiar es una forma de protección tanto de los daños a la vivienda como de la integridad económica de todo el hogar. Las pólizas pueden adaptarse a las necesidades específicas del asegurado. Por tanto, puede elegir una cobertura global con todas las opciones de la póliza multirriesgo, una cobertura parcial con solo las opciones para las que considere necesario contratar un seguro o una cobertura limitada únicamente a la cobertura básica.

El contrato, que tiene una duración de un año, se renueva automáticamente a menos que se envíe una notificación de rescisión por carta certificada con la antelación estipulada en las condiciones contractuales (por lo general, 30 o 60 días antes del vencimiento). Las partes acuerdan el importe y las condiciones de pago, así como el tipo de riesgo que se va a asegurar. Para definir estos elementos, es importante que el cliente facilite información exhaustiva y completa sobre el riesgo en cuestión para poder evaluar su gravedad y alcance. El importe de la prima lo fija la compañía de seguros en función de diversos factores, como la cuantía de los límites de reembolso asegurados (el importe máximo del gasto que la compañía de seguros se compromete a indemnizar), los límites de indemnización (franquicias y copagos, es decir, la parte del daño que sigue siendo responsabilidad del asegurado), la provincia de ubicación (sobre todo en caso de robo y sucesos catastróficos), el valor de reposición de la vivienda y el tipo de bien (casa o piso) y, por supuesto, los riesgos cubiertos.

Para determinar la prima, es esencial establecer en primer lugar cuál es la suma asegurada, es decir, el importe por el que la póliza cubre uno o varios bienes frente a una determinada categoría de riesgos. El primer paso para definir la suma asegurada es elegir la forma de seguro, que en el contexto de las pólizas multirriesgo del hogar se divide en tres tipos principales:

A - El seguro a todo riesgo cubre todos los bienes asegurados, es decir, la suma asegurada debe corresponder a su valor real íntegro. Esto significa que, en caso de que el valor de los bienes asegurados aumente con el tiempo en comparación con el valor estipulado en el momento de la contratación, el cliente está obligado a modificar las sumas aseguradas; también es aconsejable realizar dicha actualización en caso de que, por el contrario, el valor de los bienes asegurados disminuya, a fin de evitar un aumento innecesario de la prima.

B - El seguro a primer riesgo absoluto cubre los daños hasta la suma estipulada, independientemente del valor total real de los bienes asegurados.

C - El seguro a primer riesgo relativo se refiere únicamente al robo de bienes en el interior de la vivienda y, dado que los daños son seguramente inferiores al valor global de los bienes asegurados, la suma asegurada puede ser igual al daño máximo que el cliente considera que puede sufrir.

Cuando se produce un siniestro, el cliente debe demostrar en primer lugar que el suceso en cuestión entra dentro de las eventualidades previstas en la póliza y, de forma más general, cumplir con las obligaciones establecidas en el Código Civil, entre ellas denunciar el suceso a las autoridades judiciales y facilitar una lista detallada de los bienes robados o dañados; una vez realizadas las comprobaciones sobre la cobertura real, la compañía de seguros abona la indemnización basándose precisamente en lo indicado en la póliza. Para los daños al contenido de la vivienda, las pólizas de valor de uso proporcionan una indemnización igual al valor del artículo en el momento del daño, teniendo en cuenta la pérdida de valor debida al uso, mientras que las pólizas de valor de nuevo proporcionan una indemnización igual al valor de recompra del artículo asegurado sin depreciación, menos el valor residual de los artículos asegurados únicamente dañados. La indemnización por los daños sufridos a la estructura de la vivienda se calcula sobre la base del valor de reconstrucción de las partes destruidas de forma similar a como estaban construidas anteriormente, menos el valor residual de las partes que solo sufrieron daños.

Garantías opcionales. Esto incluye los casos de incendio, catástrofes naturales (como terremotos e inundaciones), robo y responsabilidad civil (por daños involuntarios causados a terceros en relación con la propiedad de los bienes asegurados y/o en relación con la vida privada). También hay protección jurídica (es decir, que cubre determinados gastos judiciales), asistencia (por la que el asegurado dispone en todo momento de un servicio a domicilio para su hogar y su familia) y accidentes (con indemnización por las consecuencias de accidentes ocurridos mientras el asegurado realiza una actividad física, mientras vive en su hogar, durante el tiempo de ocio o mientras viaja como peatón, pasajero o conductor).

Ambas partes tienen derecho a rescindir el contrato, ejerciendo este derecho a más tardar 60 días después de que el pago de la indemnización o reclamación se haya definido de otro modo. Si la rescisión es ejercida por la compañía, esta está obligada a notificar la decisión con 30 días de antelación y a abonar el reembolso de la prima neta no utilizada, impuestos excluidos, sobre las sumas aseguradas que queden pendientes.