

...en materia de Seguros

LA CONSIDERACIÓN DE CLÁUSULA OSCURA LLEVA A INDEMNIZAR POR LA MÁXIMA CANTIDAD GARANTIZADA, EN APLICACIÓN DEL PRINCIPIO “IN DUBIO CONTRA PROFERENTEM”

Sentencia del Tribunal Supremo de 07.06.2011 (Sala de lo Civil)
Ponente: Juan Antonio Xiol Rios

1.- Introducción

En los últimos años hemos podido apreciar una evolución jurisprudencial cuyo génesis tiene lugar con las últimas sentencias de nuestro Alto Tribunal de 12-11-2009, 07-01-2010, y 01-10-2010 (siendo ponente de esta última también el magistrado Xiol Rios), que declara la especial obligación de la aseguradora de poner en conocimiento del asegurado de manera clara y precisa cual es el riesgo cubierto, objeto, plazo y ámbito espacial, obligando a hacer constar en la póliza con total claridad estas condiciones de manera que sean conocidas por el asegurado, dado que toda la normativa de seguros está enfocada a su protección, resolviéndose a su favor las dudas interpretativas derivadas de una redacción del contrato o sus cláusulas oscuras o confusas, la exigencia de transparencia contractual, al menos cuando la perfección del contrato está subordinada, como es el caso de los de adhesión, a un acto de voluntad por parte de solicitante, impone que el asegurador cumpla con el deber de poner en conocimiento del asegurado aquello que configura el objeto del seguro sobre el que va a prestar su consentimiento, lo que supone, en cuanto al riesgo, tanto posibilitar el conocimiento de las delimitativas, como de aquellas que limitan sus derechos.

Siguiendo con esta línea jurisprudencial, en el caso que nos ocupa nuestro Alto Tribunal da un paso más, condenando a una cía. de Seguros, en virtud de una póliza de accidente, a pagar al asegurado, al que se le había reconocido una incapacidad permanente total para su profesión habitual, la cantidad de 175.044,38 euros, que era el 100% de la cantidad asegurada prevista para el caso de que se diera el riesgo cubierto en las condiciones particulares consistente en “invalidéz permanente absoluta”.

2.-Supuesto de hecho

La parte actora, tenía suscrita póliza de seguro de accidente con la demandada. En las condiciones particulares del contrato, tras la descripción de la profesión del asegurado, se garantizaba la “muerte” por un capital de 10 millones de pesetas, la “invalidez permanente y parcial” por un capital de 25 millones de pesetas, revalorizables anualmente, y la “incapacidad temporal de accidente”. Mientras que en las condiciones generales del contrato, en el apartado de invalidez permanente absoluta o parcial, se dice que: *«cuando como consecuencia de un accidente garantizado por la póliza, se produzca la invalidez permanente absoluta o parcial del Asegurado de forma inmediata o dentro del plazo de los 2 años siguientes a la ocurrencia del accidente, como consecuencia de las pérdidas anatómicas y funcionales definitivas e irreversibles consecutivas del traumatismo sufrido, se indemnizarán al asegurado las mismas de acuerdo con las siguientes normas...»*

Como consecuencia de una discusión familiar, el demandante sufrió un infarto de miocardio, siendo declarado por el INSS la incapacidad permanente en grado total para la profesión habitual del afectado. Por lo anterior, el perjudicado interpuso demanda por reclamación de cantidad por importe de 175.044,38 euros, la cual fue estimada íntegramente en instancia, en los siguientes términos:

“(a) que el origen de la incapacidad era el infarto de miocardio sufrido el 27 de julio de 2002

(b) este infarto se valoró como accidente a efectos de cobertura;

(c) se declaró que estaba asegurada la incapacidad permanente absoluta y la parcial y que la falta de concreción en las condiciones particulares, llevaba a considerar que la incapacidad total sufrida debía ser incluida en el ámbito de cobertura y por el capital asegurado, pues las restricciones relativas a la cobertura por incapacidad temporal, no se podían considerar ni conocidas ni aceptadas sin que se hiciera referencia, en las condiciones particulares, al origen de la incapacidad para la determinación del capital asegurado;

(d) la cantidad devengaba el interés previsto en el artículo 20 LCS desde la fecha de declaración de la incapacidad”.

Esta sentencia, fue recurrida en segunda instancia, siendo revocada por la Audiencia Provincial, la cual estimó parcialmente el recurso de apelación de la aseguradora, estableciendo lo siguiente:

(a) mantuvo la definición como accidente del infarto sufrido tras una trifulca familiar, siendo esta la situación desencadenante del infarto, desde una situación física del asegurado que era desconocida hasta el momento del siniestro;

(b) en cuanto a la cobertura de la incapacidad total, se señalaba que la cobertura era clara (incapacidad absoluta e incapacidad parcial) y desde su literalidad, se definen los riesgos cubiertos, constituyendo cláusulas delimitadoras. No cumpliéndose las condiciones de la incapacidad absoluta, se incluye el siniestro dentro de las incapacidades parciales, concediendo un 20% del capital asegurado, según baremo;

(c) en cuanto a los intereses, "no se constata la existencia de elementos que permitan considerar la existencia de mora que determina su imposición".

Es decir, se entiende por el juzgador en segunda instancia, que las cláusulas previstas en las condiciones particulares estaban perfectamente claras y aceptadas por el asegurado, no dando lugar a considerar que los riesgos especificados estaban limitando los derechos del asegurado, sino que estaban delimitando el riesgo cubierto. Por tanto, se debe considerar que no se puede indemnizar en la cantidad total asegurada para el caso de incapacidad absoluta, debiendo considerarse indemnizable como incapacidad parcial, y por tanto moderando la cantidad según baremo.

Contra esta sentencia, se interpone recurso de casación, fundamentando en un único motivo: *“Infracción de normas sustantivas para resolver cuestiones objeto del proceso, que siendo estimadas en la instancia, han resultado revocadas por la sentencia recurrida”*.

3. Argumentación Jurídica

Se debate en el presente Recurso si la invalidez permanente total ha sido objeto de cobertura, y por tanto la producción del riesgo se debe equiparar a una con la incapacidad absoluta, o lo que es lo mismo, si la cantidad que se debe conceder es la máxima fijada en las condiciones particulares, con su actualización, o si su cuantificación debe ser baremada como si de una incapacidad permanente se tratara.

El recurrente basa su recurso en la infracción de los artículos 1091, 1284, 1286, y sobre todo en el artículo 1288 del Código Civil, el cual establece el principio “in dubio contra proferentem”, o lo que es lo mismo, que “la interpretación de las cláusulas oscuras de un contrato no pueden favorecer a la parte que cause la oscuridad”. Asimismo, alude a la infracción de los artículos 5 y 6 de la Ley sobre Condiciones Generales de contratación, en el que se establece la obligatoriedad de informar y entregar un ejemplar al adherente de las cláusulas generales de un contrato para que haya aceptación de las mismas, y se reitera el principio ya mencionado.

Antes de entrar a valorar los fundamentos de esta Sentencia, es preciso hacer una mención a las sentencias ya aludidas anteriormente, las cuales sirven de base para la resolución de este recurso. En concreto, podemos citar la Sentencia del TS de 12 de noviembre de 2009 (ponente Sr. Seijas), entiende que: *“las delimitaciones de la cuantías cubiertas, cuando no vienen especificadas en el contrato firmado (condiciones particulares) pasan a tener la consideración de cláusula limitativas de derechos, siendo exigible su aceptación expresa y que se destaque. Se indica que en esta materia es de aplicación reglas como la prevalencia de la cláusula particular sobre la general”*.

Igualmente sirve de referente la Sentencia del TS de 1 de octubre de 2010 (ponente Sr. Xiol, curiosamente el mismo ponente que el de la sentencia que nos ocupa), en la se declara la especial obligación de la aseguradora de poner en conocimiento del asegurado de manera clara y precisa cual es el riesgo cubierto, objeto, cuanto plazo y ámbito espacial. Entendiendo que se tratan de cláusulas delimitativas de derechos, pero obligando a las aseguradoras de hacerlas constar en la póliza con total claridad de manera que sean conocidas por el asegurado: *“La solución expuesta por esta Sala parte de*

considerar que al contrato se llega desde el conocimiento que el asegurado tiene del riesgo cubierto y de la prima, según la delimitación causal del riesgo y la suma asegurada con el que se da satisfacción al interés objetivo perseguido en el contrato por lo que resulta esencial para entender la distinción anterior comprobar si el asegurado tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto...”

Tras este inciso, volvemos al caso que nos ocupa y como nuestro Alto Tribunal resuelve el objeto de controversia. Para ello, parte de que no se puede dejar pasar que la póliza de seguro antes de determinar la cobertura, define la actividad laboral del asegurado, por lo que hay que entender, que no se puede pensar otra cosa que la incapacidad total era objeto de cobertura. No obstante, las condiciones particulares introducen una duda al respecto, al distinguir solo la incapacidad permanente absoluta y parcial. Por tanto, y en consonancia con el principio descrito de la interpretación de los contratos contra proferentem, establece esta sentencia que: *“dadas las circunstancias del contrato, que asegura a un trabajador de una profesión determinada, ante la falta específica de previsión, equivale a una incapacidad permanente absoluta y como tal ha de ser baremada “*

Por tanto, en atención a lo anterior se determina que las condiciones particulares son oscuras, ya que al no hacer mención a la invalidez permanente total, el asegurado desconoce cómo va a ser indemnizado, y como consecuencia: *“Esa oscuridad ha de perjudicar a la parte que ha redactado el contrato y por tanto, la interpretación que ha de hacerse es que producido el siniestro de declaración de invalidez permanente total, ésta ha de indemnizarse conforme a lo establecido en las condiciones particulares para la invalidez permanente absoluta”*

Todo lo anterior, da lugar a la estimación del recurso, fallando a favor del asegurado y condenando a la entidad aseguradora al pago de la cantidad máxima de 175.044, 38 euros, como cantidad actualizada del capital pactado, confirmando así en esta cuestión la sentencia de primera instancia.

4.-Legislación y jurisprudencia citadas.

Artículos 1091, 1284, 1286, 1288 del Código Civil.

Artículos 5 y 6 de la Ley sobre Condiciones Generales de contratación

SSTS de 24 de enero de 2006, SSTs de 6 de febrero de 2007, SSTs de 12 de noviembre de 2009, SSTs de 1 de octubre de 2010

CONCLUSIONES

En el presente caso, siguiendo la última corriente jurisprudencial, el Tribunal Supremo considera las cláusulas contenidas en las condiciones particulares como cláusulas delimitadoras de derechos, y por tanto, deben ser claras y precisas, cosa que no ocurre en este caso, puesto que no hace mención a que ocurriría en el supuesto de que se diera un riesgo, como es la Incapacidad permanente total. Y todo ello, considerando finalmente, que dicho riesgo está cubierto, por la naturaleza de la póliza en sí, ya que en las mismas condiciones particulares de la póliza se hace referencia a la activada laboral del asegurado.

En base a todo ello, finalmente considera que las condiciones particulares son oscuras, y por tanto deben de interpretarse a favor de la parte más débil del contrato, el asegurado, condenando a la aseguradora al pago de 175.044,38 euros.

Esta sentencia, aunque perjudica a las compañías de seguros, debería servir como llamamiento a las mismas para que tengan presente la importancia de definir correctamente las condiciones particulares, ya que en este caso, con haber determinado qué correspondería en el caso de que se produjera la declaración de incapacidad total del asegurado, se hubieran evitado tener que pagar lo mismo que si de una incapacidad absoluta se tratara.