

EL MOMENTO DE PRODUCCIÓN DEL SINIESTRO COMO PRESUPUESTO DE VALIDEZ DEL CONTRATO DE SEGURO EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 4 DE LA LCS.

Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de mayo de 2018.

Ponente: Francisco Javier Orduña Moreno.

Javier López García de la Serrana

Abogado – Doctor en Derecho

Director de HispaColex

1. INTRODUCCIÓN

La sentencia analiza el contrato de seguro de accidentes suscrito entre la parte actora y la aseguradora demandada con posterioridad al hecho que finalmente desencadenó la declaración de incapacidad absoluta del asegurado, una vez trascurrido más de un año desde que tuvo lugar el accidente laboral. Aunque en primera y segunda instancia ambas sentencias se centran, primero en determinar si el hecho generador de la incapacidad fue una enfermedad degenerativa o un accidente, y en segundo lugar, a determinar si el contrato –y en concreto, la cláusula que delimitaba temporalmente la cobertura temporal- cubría las exigencias del artículo 3 de la LCS. El Tribunal Supremo, sin embargo, centra su análisis en una cuestión que debe ser analizada con carácter

previo, como es si efectivamente el contrato es válido en atención a lo dispuesto en el artículo 4 de la LCS.

2. SUPUESTO DE HECHO

La parte actora presentó demanda frente a la aseguradora SegurCaixa Adeslas en reclamación de la indemnización de 30.000 euros, en virtud de la póliza de seguro concertada el 19 de Julio de 2.011, por haber sufrido a primeros de julio de 2.010 un accidente laboral en el que se golpeó la rodilla izquierda, acudiendo al Hospital de Gandía el día 8 de julio, donde fue ingresado e intervenido de urgencia por artritis séptica, lo que derivó en la declaración de Incapacidad Absoluta y Permanente el 24 de Noviembre de 2.011.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda,

tras analizar la prueba, argumentando que la incapacidad concedida al actor lo fue como consecuencia de una enfermedad común de tipo degenerativo (artritis séptica de rodilla izquierda), por lo que se concluyó que la incapacidad permanente en grado de absoluta del actor lo fue como consecuencia de una enfermedad común no cubierta en el seguro que tenía contratado con la parte demandada, por lo que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley de Contrato de Seguro, al no ser objeto de cobertura esta incapacidad la demandada no quedaba obligada al pago de la prestación que se le reclama, conllevando la desestimación de la demanda.

Se interpuso recurso de apelación por la parte demandante alegando el apelante, en pri-

mer lugar, error en la valoración de la prueba al considerar que había quedado acreditado que sufrió un accidente por el parte de Urgencias del Hospital, así como la inexistencia de cuestionario previo y de examen médico por parte de la aseguradora, y que, en caso de que la artritis séptica fuera considerada enfermedad, es indudable que provenía de un golpe en la rodilla. Tras revisar la prueba practicada, la Audiencia Provincial entendió que había quedado acreditado que el demandante sufrió el día 4 de julio de 2010 un esguince en la rodilla izquierda por una caída, por tanto se trataba de un accidente que encajaba en la definición de la póliza que contrató el demandante. Por ello, el hecho de que, en el dictamen propuesta de la Seguridad Social, de 4 de octubre de 2011, se hiciera constar que el demandante permaneció de baja laboral por incapacidad temporal desde el día 5 de julio de 2010 por "enfermedad común", no significaba que esta calificación excluya la existencia del accidente y que la invalidez en definitiva se haya derivado del mismo.

En cuanto a la póliza, se describían las coberturas de la siguiente forma: "La entidad aseguradora abonará al beneficiario el capital previsto para la respectiva cobertura, cuando el evento correspondiente sea consecuencia directa de un accidente o accidente de circulación cubiertos por la póliza, ocurrido durante la vigencia del seguro, y la invalidez absoluta y permanente, la gran invalidez o la muerte, sobrevenga al asegurado en un plazo máxi-

mo de un año desde que sucedió dicho accidente". Por otro lado, en la primera página de la póliza aparecía destacado un apartado que se destinaba a identificar las "garantías cubiertas". En dicho apartado se mencionan la "incapacidad temporal diaria" y la " invalidez permanente", sin señalar plazo a la primera ni distinguir variantes en la segunda a los efectos de la indemnización.

Por ello, las condiciones generales que reducen a un año, a contar desde el día siguiente al del accidente, la obligación de la aseguradora de abonar al asegurado siete mil quinientas pesetas diarias en caso de "incapacidad temporal" y las que, tras distinguir la " invalidez permanente" en "absoluta" y "parcial", establecían en este segundo supuesto una minoración proporcionada de la indemnización señalada en la póliza, que además de delimitar el riesgo, limitaban los derechos que al asegurado le habían sido reconocidos en la parte del contrato verdaderamente negociada con la aseguradora.

Sin embargo, en las condiciones particulares no se incluyó esa limitación relativa a lo que es objeto de cobertura, que sólo se encontraba en las condiciones generales sin estar destacadas de modo especial ni aceptadas por escrito, aunque tengan la función de delimitar el riesgo

Frente a dicha sentencia se interpone recurso de casación por parte de la aseguradora SegurCaixa Adeslas con base en los siguientes motivos:

Motivo primero.- Recurso por interés casacional al amparo del art. 477.2.3.º de la LEC, alegando en primer lugar, infracción de

la jurisprudencia de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo relativa a las normas del ordenamiento jurídico aplicables para resolver las cuestiones objeto de debate, de los artículos 1255, 1281-1.º del Código Civil (sobre la interpretación de los contratos) en relación con los artículos 217 y 218 de la LEC (sobre la carga de la prueba y la exhaustividad y congruencia de las sentencias, motivación).

Motivo segundo.- Por interés casacional al amparo del art. 477.2.3.º de la LEC, y lo constituye la infracción de la jurisprudencia de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo y de las Audiencias Provinciales, relativa a las normas del ordenamiento jurídico aplicables para resolver las cuestiones objeto de debate, de los artículos 1, 3, 4 y 100 de la Ley de Contrato de Seguro, al no haber sido aplicados debidamente los invocados preceptos.

Motivo tercero.- Al amparo del art. 477.2.3.º de la LEC, y lo constituye la infracción de la jurisprudencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, relativa a las normas del ordenamiento jurídico aplicables para resolver cuestiones objeto de debate, del artículo 20-8.ª de la Ley de Contrato de Seguro, al no haber sido aplicados debidamente.

3. ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

En cuanto al primer motivo del recurso entiende la Sala que debe ser desestimado, ya que no solo acumula infracciones improcedentes en este recurso de casación como son las infracciones de índole procesal (483.2.2.º de la L.E.C.), sino que además, en su desarrollo, incurre en el defec-

to de petición de principio (hacer supuesto de la cuestión) al partir de premisas fácticas que la sentencia recurrida no declara, por lo que también carece de fundamento (483.2.4.º de la L.E.C.).

Por lo que respecta al segundo motivo la entidad recurrente denuncia la infracción de la jurisprudencia del Tribunal Supremo y de las Audiencias Provinciales relativa a la aplicación de los arts. 1, 3, 4, y 100 de la L.C.S., con cita, entre otras, de la STS 449/2013, de 10 de julio. Para entender el alcance del artículo 4 de la LCS se debe partir del contenido del mismo, en el que se define que: “El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro”.

Antes de entrar a analizar la resolución del recurso, resulta de gran interés para entender la fundamentación del mismo traer a colación los argumentos y doctrina de la sentencia aludida en la formulación del motivo (STS 449/2013, de 10 de julio), que viene a analizar un supuesto muy parecido y a determinar el verdadero alcance de dicho precepto; en concreto, se establece lo siguiente:

“Así ha ocurrido en el presente caso con la ineludible conclusión de nulidad del contrato celebrado, ya que cuando se suscribió el mismo ya existía la situación de incapacidad permanente absoluta del asegurado como consecuencia de enfermedad común y tal declaración había sido solicitada por el demandante en vía judicial, lo que culminó con la referida sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justi-

CONCLUSIONES

La sentencia objeto de este comentario viene a realizar un estudio sobre el verdadero alcance del artículo 4 de la LCS, y es que efectivamente, tal y como de forma acertada concluye en este caso la Sala Primera, antes de entrar a valorar la validez de las cláusulas generales del contrato de seguro en relación con el artículo 3 de la LCS, hay que valorar si el contrato es válido, siendo presupuesto esencial para ello la previa inexistencia del siniestro como riesgo objeto de la cobertura.

Ciertamente, la declaración de la incapacidad absoluta del asegurado se produjo con posterioridad a la entrada en vigor de la póliza, pero hay que acudir en este caso a la doctrina del Tribunal Supremo al respecto, para determinar cuándo se ha producido el siniestro y, en definitiva, saber si el contrato es válido. En este sentido, lo que la Sala Primera tiene declarado es que el mencionado artículo 4 de la LCS se refiere igualmente a los supuestos donde el siniestro -entendido en este caso como la declaración de incapacidad- no se haya determinado en el momento de celebrarse el contrato, afirmando que se excluirá la cobertura y por tanto tendrá lugar la nulidad del contrato, si al momento de suscribirse el mismo había tenido lugar el proceso de formación del siniestro por haberse producido ya el hecho originador del mismo.

Con base a la anterior doctrina, concluye el Supremo que, en el presente caso, la falta de realce y firma por el asegurado de la cláusula de limitación temporal de la cobertura prevista en el condicionado general de la póliza, art. 6. a), resulta intrascendente para la resolución del caso en atención a lo dispuesto en el art. 4 de la Ley de Contrato de Seguro, que expresamente contempla la previa inexistencia del siniestro como presupuesto de validez del contrato de seguro. De forma que la previa inexistencia del siniestro, como riesgo objeto de la cobertura, constituye un elemento esencial de la naturaleza aleatoria del contrato de seguro.

jurisprudencia

cia de Madrid de 26 de julio de 2005 por la que se le declaraba en situación de incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo derivada de enfermedad común y con efectos desde el 28 de octubre de 2003.

A este respecto, incluso el propio contrato celebrado establece en su condición 3^a como exclusión aplicable tanto al riesgo y cobertura de fallecimiento como al de invalidez que no quedan cubiertas "las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, conocidas por el asegurado", siguiendo así la postura doctrinal según la cual la nulidad dominante de lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro no se refiere sólo al supuesto de que el siniestro haya ocurrido en el momento de la celebración habiéndose verificado por completo, sino también a los supuestos en que el proceso de formación del mismo se haya iniciado por haberse producido el hecho que hace comenzar el proceso del siniestro".

Es decir, lo que el Tribunal Supremo tiene declarado es que el mencionado artículo 4 de la LCS se refiere igualmente a los supuestos donde el siniestro -entendido en este caso como la declaración de incapacidad- no se haya determinado en el momento de celebrarse el contrato, afirmando que se excluirá la cobertura y por tanto tendrá lugar la nulidad del contrato, si al momento de suscribirse el mismo había tenido lugar el proceso de formación del siniestro por haberse producido ya el hecho originador del mismo.

Con base a la anterior doctrina, concluye el Supremo que, en el presente caso, la falta de realce y firma por el asegurado de la cláusula de limitación temporal de la cobertura prevista en el condicionado general de la póliza, art. 6. a), resulta intrascendente para la resolución del caso en atención a lo dispuesto en el art. 4 de la Ley de Contrato de Seguro, que expresamente contempla la previa inexistencia del siniestro como presupuesto de

validez del contrato de seguro. De forma que la previa inexistencia del siniestro, como riesgo objeto de la cobertura, constituye un elemento esencial de la naturaleza aleatoria del contrato de seguro.

Considera la Sala, que, en el presente caso, como la propia sentencia recurrida declara, la lesión se produce como consecuencia del accidente laboral ocurrido el 4 de julio de 2010, es decir, con una anterioridad de más de un año con relación a la suscripción de la póliza de seguro, el 19 de julio de 2011. Por lo que el siniestro alegado resulta ajeno al riesgo objeto de la cobertura de la póliza de seguros de accidentes suscrita por las partes.

La estimación del motivo segundo comporta la estimación del recurso de casación y la innecesariedad de entrar en el examen del motivo tercero.

4. LEGISLACIÓN Y JURIS-PRUDENCIA CITADAS.

Artículos 1, 3, 4 y 100 de la Ley de Contrato de Seguro
STS 449/2013, de 10 de julio