

Año 57 / N°6 /
Junio 2021

rc

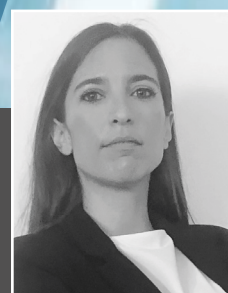
www.inese.es

REVISTA DE
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO

Responsabilidad de la Administración Sanitaria y productos sanitarios defectuosos

A propósito de la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 21 de diciembre de 2020

IGOR PINEDO GARCÍA
Director Legal en DAC Beachcroft
NIEVES COLIO GUTIÉRREZ
Abogada en DAC Beachcroft



PROCEDENCIA Y ALCANCE DE LA ACCIÓN SUBROGATORIA EJERCITADA POR LA ENTIDAD ASEGURADORA FRENTE AL CCS EN SUPUESTOS DE "CONTROVERSIA". INTERPRETACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PERJUDICADO ■ EL ALCANCE DE LA OBLIGACIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LOS VEHÍCULOS PERSISTE, AUNQUE SU ESTADO MECÁNICO NO LE HABILITE PARA CIRCULAR ■ DAÑOS POR INHALACIÓN DE FIBRAS DE AMIANTO ■ LOS CONTRATOS ENTRE CONSUMIDORES Y EMPRESARIOS



...en materia de seguros

SEGURO DE ACCIDENTES. OBLIGACIÓN DE REDACTAR LAS CLÁUSULAS PARTICULARES Y GENERALES DE "FORMA CLARA Y PRECISA" PARA QUE EL TOMADOR TOME CONSCIENCIA REAL Y EFECTIVA DEL RIESGO CUBIERTO BAJO EL CONCEPTO DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2021.
Ponente: José Luis Seoane Spiegelberg

**Javier López García
de la Serrana**

*Abogado – Doctor en Derecho
Director de HispaColex*

1. INTRODUCCIÓN

Nuevamente nuestro Alto Tribunal viene a ejercer competencias en lo que al control de transparencia en la contratación de seguros se refiere. En este caso, la póliza objeto de controversia es un seguro accidentes que cubre el riesgo de incapacidad temporal e incapacidad permanente, pero cuyo condicionado general limita a un año la cobertura de la Incapacidad temporal y excluye la incapacidad permanente total al reconocer únicamente la incapacidad permanente absoluta y la parcial, en atención a un baremo que fija un porcentaje indemnizatorio en función, no del grado de invalidez, sino por la concreta lesión orgánica que da lugar a la misma.

La Sala Primera expone y sintetiza en esta sentencia la doctrina jurisprudencial del deber de transparencia en la “fase precontractual” del artº 3 de la LCS que deben cumplir las aseguradoras, al tener la obligación de redactar las cláusulas particulares y generales de forma clara y precisa con la finalidad de que el tomador tome conciencia real y efectiva del riesgo cubierto, así como de los límites en los que opera la cobertura de la compañía aseguradora, y de esta forma, no se vea sorprendido por cláusulas limitativas o lesivas para sus intereses.

Esta sentencia entra a resolver, por tanto, si las cláusulas impugnadas por el reclamante son delimitadoras del riesgo, como sostuvieron el Juzgado de Primera Instancia y

la Audiencia Provincial que conoció del asunto en apelación, o si en realidad deben ser calificadas como limitativas de derechos, y por tanto, no pueden ser oponibles al incumplir los requisitos de validez del art. 3 de la LCS, es decir si incumplen el deber de transparencia.

2.- SUPUESTO DE HECHO

El actor es socio cooperativista de la entidad tomadora de un seguro para la protección personal de sus socios, entre los que se encuentra el demandante en condición de asegurado, siendo su profesión habitual la de conductor de camiones/autocares. En las condiciones particulares de la póliza se cubre la invalidez permanente con una suma asegurada de 96.162 euros,

la invalidez temporal con un capital diario de 46 euros, y figura excluida la "invalidez total para el ejercicio de la profesión". Las sumas aseguradas eran objeto de revalorización temporal.

El siniestro que da lugar al presente procedimiento tuvo lugar cuando el 6 de mayo de 2015 el actor sufrió una agresión mientras desarrollaba su actividad como conductor de camión. A consecuencia de tal agresión sufrió lesiones que le incapacitaron temporalmente, restándole como secuela una cicatriz en la ceja izquierda, así como una diplopía en la parte inferior del campo visual. Esta última lesión determinó a su vez que el INSS le reconociera una incapacidad permanente total para el ejercicio de su profesión.

En el contexto expuesto, el actor presentó demanda contra la aseguradora, en la que le reclamaba por invalidez temporal la suma de 13.932,40 euros (244 días a razón de 57,10 euros día) y por invalidez permanente el importe de 119.396,56 euros, sumas que resultan de la revalorización pactada de las cantidades aseguradas. Ante dicha pretensión la compañía de seguros se opuso invocando las condiciones generales de la póliza de seguro y con fundamento en las definiciones que se hacen en la misma relativas al concepto de accidente, invalidez permanente, invalidez permanente total para el ejercicio de la profesión habitual o incapacidad. Sostuvo que el periodo de incapacidad temporal no eran los 244 días reclamados en la demanda, sino únicamente 121 días. Igualmente, que no estaba acreditado el origen accidental del siniestro, argumento éste úl-

timo ulteriormente abandonado. Y por último que, en cualquier caso, atendiendo a las condiciones particulares y generales del periodo de invalidez temporal, la indemnización procedente sería la de 6909,10 euros, y la indemnización por incapacidad permanente por un menoscabo funcional del 20% -según informe pericial que se aportaba-, en aplicación de las tablas de repercusiones funcionales de las secuelas sufridas contempladas en las condiciones del seguro, lo que ascendería tan solo a la cantidad de 28.879,31 euros.

El conocimiento de la demanda correspondió al Juzgado de Primera Instancia nº 12 de Bilbao, el cual dictó sentencia desestimatoria de la demanda. En ella, tras exponer que no constaba cuales eran las concretas condiciones generales que regían en el contrato, toda vez que las aportadas por la demandada no estaban firmadas ni identificadas ni cabía en modo alguno afirmar que fueran las que aceptó la tomadora del seguro, ni el asegurado, quien niega haberlas recibido ni conocido. No obstante, argumentó que en las condiciones particulares aportadas por la demandante sí figura como incluida la garantía de la invalidez permanente, pero no la "invalidez total para el ejercicio de la profesión", que figura excluida, con lo que, al ser ésta la incapacidad sufrida por el actor, la demanda debería ser desestimada.

Sin embargo, por razones de congruencia, toda vez que la compañía aseguradora reconoció el derecho del demandante a la percepción de una indemnización por las secuelas padecidas, en un porcentaje de un 20% de la suma ase-

gurada, en aplicación de las tablas de la póliza derivadas de una invalidez permanente, concluyó que procedía estimar la demanda por la cantidad reconocida por AXA de 23.879,31 euros.

Contra dicha sentencia se interpuso por el demandante recurso de apelación. Por turno de reparto su resolución correspondió a la sección tercera de la Audiencia Provincial de Bizkaia, que dictó sentencia en la que confirmó la pronunciada por el Juzgado de Primera Instancia, cuyos argumentos fueron expresamente aceptados. Sin embargo, el Tribunal adicionó, a los fundamentos de la sentencia apelada, que "lo que se debe analizar es si partiendo del propio clausulado de las condiciones particulares adjuntadas por el actor con su demanda está cubierto el riesgo que dice haber sufrido; cuál es la invalidez permanente para su trabajo u ocupación profesional, haciendo fundamento de tal pedimento la certificación aportada y emitida del Instituto Nacional de Seguridad Social de estar afecto en tal situación; y como dice la sentencia y válidamente razonado si lo que pretende la parte es que se le indemnice por dicha situación efectivamente reconocida administrativamente, y analizando si la enfermedad que padece le incapacita para trabajar como profesional de conductor de camiones y autocares, y estando probada mediante prueba pericial practicada en el procedimiento de que está incurso en tal situación expresamente excluida, solo se puede llegar a la conclusión de no estimar la indemnización solicitada".

Contra dicha sentencia se interponen por el actor los recursos

extraordinarios por infracción procesal, bajo los motivos de incongruencia interna de la sentencia recurrida así como por una valoración errónea y arbitraria de la prueba; así como de casación, que se formula por interés casacional, por infracción del art. 3 de la LCS en relación con los arts. 1 y 2 de la LCS, en lo referente a los límites de la cobertura del seguro, las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, las exigencias de validez de las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado y la prevalencia de las cláusulas particulares sobre las generales, con cita de la jurisprudencia que se considera infringida, entre ellas sentencias 394/2008, de 13 de mayo; 676/2008, de 15 de julio; 711/2008, de 22 de julio; 316/2009, de 18 de mayo y 375/2011, de 7 de junio.

3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

En el desarrollo del recurso se señala que la cláusula controvertida inserta en las condiciones generales, por las que se fijan porcentajes indemnizatorios en función, no del grado de invalidez, sino por la concreta lesión orgánica que da lugar a la misma, no es delimitadora del riesgo sino limitativa de derechos, sin que reúna los requisitos del art. 3 de la LCS. Se señala que conforme a lo dispuesto en las condiciones particulares, se dio cobertura a la invalidez permanente, con una cantidad de 96.162 euros actualizable conforme a IPC, riesgo que es reconocido al demandante, si bien de forma parcial, por la compañía aseguradora. Además, la falta de aceptación o consentimiento a la aplicación del condicionado

general de la póliza, que se desconoce, impide que se apliquen sus cláusulas. Por todo ello, la demanda debe ser íntegramente acogida por la suma indicada.

Pues bien, en el caso presente, la compañía de seguros asumió, como consta en las condiciones particulares de la póliza, el riesgo de invalidez permanente con una suma asegurada de 96.162 euros, actualizable con IPC. Consta excluida como riesgo asegurado la invalidez total para el ejercicio de la profesión. De ahí se sostiene, por las sentencias de instancia, que el accidente sufrido por el actor carece de cobertura, en tanto en cuanto provocó la imposibilidad definitiva de dedicarse a su profesión de conductor.

En este sentido, considera la sentencia analizada que tal razonamiento no es de recibo, puesto que pactada la invalidez permanente y, al encajar dentro de ésta, la secuela padecida, el siniestro no puede quedar fuera del marco del aseguramiento. Excluir un riesgo, en términos que se ignoran, al desconocerse cuáles son las condiciones generales aplicables al contrato en el que aparece definido, no implica salvo en una interpretación contraria al asegurado, dejarle al margen de la cobertura del accidente sufrido. Es más, por si hubiera duda al respecto -lo que en cualquier caso no podría perjudicar al actor-, la propia compañía de seguros, rescatando un baremo indemnizatorio derivado de unas supuestas condiciones generales no entregadas ni suscritas por el tomador del seguro, según declaración de hechos probados intangible en casación, le considera acreedor de la cobertura invalidez permanente, al

menos en una indemnización parcial fijada en un porcentaje sobre el capital total asegurado, con base a unas condiciones que tendrían, en su caso, la consideración de limitativas sin las garantías del art. 3 de la LCS.

Es obvio, por otra parte, que si la aseguradora no puede justificar haber entregado las condiciones generales al tomador del seguro, no las puede oponer al demandante. Como señalamos en la sentencia núm. 475/2019, de 17 de septiembre: "[...] si como declara la sentencia de la Audiencia las condiciones generales, en las que figura la cláusula de exclusión del riesgo, no constan entregadas, suscritas y conocidas por el asegurado, el recurso no puede prosperar, sin necesidad de examinar si nos encontramos ante una condición limitativa o delimitadora".

Por otra parte, es reiterada jurisprudencia de la Sala Primera de nuestro Alto Tribunal la que viene considerando, la condición de limitativas de las cláusulas como las que aplica la compañía de seguros demandada. En este sentido, la sentencia núm. 676/2008, de 15 de julio, que reitera la doctrina establecida por la sentencia núm. 1340/2007, de 11 de diciembre (y las que en ella se citan), estableció la doctrina que: "[...] la jurisprudencia tiene declarado que la restricción de la suma con la que procede indemnizar los supuestos de invalidez permanente distinguiendo o excluyendo distintos supuestos según la gravedad de las lesiones sufridas implica, desde esta perspectiva, una limitación de los derechos del asegurado si en las condiciones particulares se estableció una suma única por invali-

dez permanente total, dado que el concepto de invalidez permanente, puesto en relación con el de incapacidad permanente total en el orden laboral, supone la falta de aptitud para el desempeño de las funciones propias del trabajo habitual, y ésta puede producirse tanto por una lesión muy grave como por otra menos importante (además de las que cita la parte recurrente, STS 13 de mayo de 2008, rec. 260/2001)".

En la sentencia núm. 541/2016, de 14 de septiembre, se señaló que: "A partir de la definición contenida en el art. 100 LCS, conforme al cual se conceptúa el accidente como "lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal, permanente o muerte", la jurisprudencia ha establecido que en el seguro voluntario de accidentes, cualquier restricción mediante cláusulas que determinen las causas o circunstancias del accidente o las modalidades de invalidez, por las que queda excluida o limitada la cobertura, supondría una cláusula limitativa de derechos del asegurado (STS, Sala 1.º -Pleno- 402/2015, de 14 de julio)".

Más recientemente en la sentencia núm. 225/2018, de 17 de abril, se sostuvo que: "3. En suma, la determinación de la indemnización por incapacidad permanente mediante un porcentaje sobre el capital garantizado en función del grado de invalidez permanente y secuelas sufridas por el asegurado, expresado en una tabla contenida en la condiciones generales, en contradicción con las condiciones particulares, en las que únicamen-

te figura una cifra fija, importe de la indemnización por tal concepto, como sucede en este caso, supone una cláusula limitativa, que requiere para su validez los requisitos del art. 3 LCS. (...) siendo doctrina de esta sala que la aceptación de las condiciones generales por parte del asegurado mediante su firma en las condiciones particulares con referencia expresa a aquellas implica su aceptación, salvo cuando la referencia a ellas se haga con carácter genérico e indeterminado que sea susceptible de inducir a confusión (STS 7 de julio de 2006 rec. 4218/1999).

Sucede así en este caso en el que en las condiciones particulares no figura la determinación de grados de invalidez permanente ni se puede inferir que lo sea dada la forma en que se aparece redactada la cláusula en cuestión pues únicamente figura una cifra fija, como importe de la indemnización por tal concepto, lo que supone una cláusula limitativa, en cuanto es susceptible de ser aplicada a supuestos de incapacidad permanente total, que requiere para su validez los requisitos del artículo 3 LCS, como así la calificó la propia aseguradora en la solicitud del seguro.

5. Pero es que, además, partiendo de la existencia de una incapacidad del asegurado en grado total, la póliza presenta una indudable oscuridad, oscuridad que la propia aseguradora alimenta desde el momento en que parece negar la falta de cobertura de esta suerte de invalidez, porque no viene mencionada en ningún sitio de la póliza, ni en las particulares ni en las generales, para luego reconducirla a la parcial ofertando al asegu-

rado una propuesta de liquidación, que tomó en cuenta la sentencia".

Para mayor abundamiento, destaca la Sala Primera del TS que las dudas interpretativas sobre el alcance de la cobertura no pueden favorecer a la parte que provocó la oscuridad, como es la compañía demandada que, por un parte, reconoce que el demandante está cubierto por el riesgo de invalidez permanente y, por otra parte, le aplica unas limitaciones indemnizatorias que ya no solo no están probadas, sino que serían limitativas, y que no cuentan con las garantías del art. 3 de la LCS.

Por todo ello, el recurso debe ser estimado y asumiendo la instancia, concluye la sentencia que la suma asegurada que le corresponde al reclamante, en concepto de invalidez permanente, ha de ser la reclamada de 119.396,56 euros, con lo que la indemnización total procedente unida a la propia de la incapacidad temporal de 6909,10 euros, se eleva a la suma total de 126.305,66 euros con los intereses del art. 20 de la LCS.

4.-LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículo 1, 2 y 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 1.255 del Código Civil.

SSTS núm. 394/2008, de 13 de mayo; núm. 676/2008, de 15 de julio; núm. 711/2008, de 22 de julio; núm. 316/2009, de 18 de mayo y núm. 375/2011, de 7 de junio.

SSTS núm. 541/2016, de 14 de septiembre y núm. 541/2016, de 14 de septiembre

CONCLUSIONES

Siendo sincero, en una primera lectura de esta sentencia, me resultó llamativo y sorprendente que la Sala Primera del Tribunal Supremo estimara la reclamación del tomador, concediéndole la cuantía asegurada en concepto de incapacidad permanente al ser declarado éste en situación de incapacidad permanente total, a pesar de estar excluida dicha contingencia expresamente en las condiciones particulares de la póliza, y ello, al considerar que dicha cláusula -junto con las que se incluían en el condicionado general que definían el concepto de accidente y los distintos grados de cobertura- debían ser consideradas limitativas de los derechos del asegurado.

Pero tras una lectura más comprensiva entendí finalmente que esta sentencia viene una vez más a llamar la atención de las entidades aseguradoras -en la línea seguida durante los últimos años de ejercer un control de transparencia en los contratos de seguros- al objeto de que redacten sus pólizas para que los distintos tomadores y asegurados -legos en derecho y más aún menos en derecho de seguros-, sepan lo que están contratando sin tener que realizar una lectura completa de todo el condicionado general, y lo que puede ser mucho más gravoso para éstos, sin tener que contratar los servicios de un abogado cada vez que vayan a suscribir una póliza.

En este caso, la controversia nace de un seguro accidentes que cubría el riesgo de incapacidad temporal y la incapacidad permanente, pero cuyo condicionado general limita a un año la cobertura de la incapacidad temporal y excluye la incapacidad permanente total al reconocer únicamente la incapacidad permanente absoluta y la parcial en atención a un baremo que fija un porcentaje indemnizatorio en función, no del grado de invalidez, sino por la concreta lesión orgánica que da lugar a la misma. Por otro lado, mientras que en el cuadro de coberturas de la póliza se establecía como cobertura principal la "Incapacidad Permanente" (sin ninguna aclaración ni especificación adicional), a continuación dentro las propias condiciones particulares (desconozco en qué parte de las mismas pues no hemos podido acceder a la póliza suscrita, pero así lo afirma sentencia), se excluía la "invalidez total para el ejercicio de su profesión", aunque había que acudir al condicionado general para encontrar la definición de los distintos grados de incapacidad, así como el cuadro de secuelas que específicamente se encontraban cubiertas.

En este sentido, la sentencia estima el recurso de casación del asegurado y la pretensión ejercitada, al considerar que las cláusulas impugnadas, -lejos de ser delimitadoras del riesgo como sostuvieron el Juzgado de Instancia y la Audiencia Provincial-, deben ser calificadas como limitativas de derechos que no pueden ser oponibles al vulnerar los requisitos de validez del art. 3 de la LCS, es decir, por incumplir el deber de transparencia. En definitiva, lo que el Tribunal Supremo pretende con este tipo de sentencias, es que si una póliza únicamente cubre la incapacidad permanente absoluta o para cualquier actividad se contemple así en el cuadro de coberturas, y no tenga que realizar el asegurado la labor de estudiar el condicionado completo para poder determinar el verdadero alcance de la póliza que está contratando.