

Año 59 / N°03 /
Marzo 2023

rc

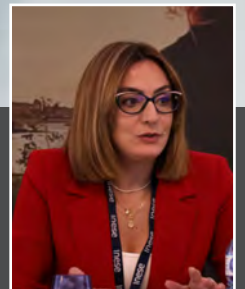
www.inese.es

REVISTA DE
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO

Aplicación del art. 20 de la L.C.S. en reclamaciones derivadas de R.C.: casuística y última jurisprudencia

MONTSERRAT PEÑA RODRÍGUEZ

Magistrada-Juez titular del Juzgado de Primera Instancia N° 6 de Granada



TUOPERADORES Y ACCIDENTES DE TRÁFICO. LA EXTRAÑA PAREJA | CIRUGÍA ESTÉTICA: DÉFICIT EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO | ESPECTADORA QUE SUFRE UNA CAÍDA EN UN COLEGIO DURANTE UN PARTIDO DE BALONCESTO. INAPLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL RIESGO | COBERTURA DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA | INEXISTENCIA DE INTROMISIÓN ILEGÍTIMA EN LA PROPIA IMAGEN POR EL USO DE LA VOZ DE UN GUARDIA CIVIL, TESTIGO DE LA ACUSACIÓN, EN UN VIDEOMONTAJE



...en materia de seguros

COBERTURA DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA. SE CONSIDERA LIMITATIVA LA CLÁUSULA QUE IMPIDE RETROTRAER EL HECHO CAUSANTE AL MOMENTO EN EL QUE LAS SECUELAS SEAN PERMANENTES E IRREVERSIBLES.

Sentencia de 31 de enero de 2023 del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

Ponente: Pedro José Vela Torres.

**Javier López García
de la Serrana**

*Abogado – Doctor en Derecho
Director de HispaColey*

1.- INTRODUCCIÓN

La determinación de la fecha de siniestro en los seguros de invalidez, suele ser una de las cuestiones más controvertidas, tanto en la jurisdicción social como en la jurisdicción civil. A este respecto, mientras que en los supuesto de incapacidad permanente por accidente, la fecha del siniestro se fija en el momento en el que se produce el mismo y se inicia el proceso de incapacidad temporal, en los supuestos como el que nos ocupa, de incapacidad permanente por enfermedad común, la fecha de siniestro se suele situar en el momento en el que se recono-

cen los efectos económicos de dicha incapacidad. En este sentido, cabe recordar que la Sala Primera viene considerando que, salvo pacto expreso en contrario, para este tipo de seguros el pago de la indemnización corresponde a la aseguradora cuyo contrato estaba en vigor cuando se produjo la declaración de invalidez, aunque no lo estuviera cuando se inició la enfermedad invalidante.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa, en el que si bien la póliza no estaba vigente cuando se dicta la resolución de invalidez, sí lo estaba en el momento en el que se diagnostica -de forma definitiva- la enfermedad por la que

se declara dicha situación de incapacidad, lo que precisamente ha de determinar la Sala Primera, es la fecha de producción del siniestro.

2.- SUPUESTO DE HECHO

Entre el 25 de febrero de 2009 y el 25 de octubre de 2014, el reclamante tuvo concertado un seguro de vida, vinculado a un préstamo hipotecario, entre cuyos riesgos asegurados se encontraba el de incapacidad permanente absoluta. La cláusula que se refería a dicha cobertura establecía: "En virtud de esta cobertura, la Entidad aseguradora garantiza el anticipo del cobro de la prestación

asegurada por el riesgo principal del fallecimiento, en el caso de que el Asegurado resulte afectado por una invalidez absoluta y permanente para todo trabajo de forma irreversible, que le dé derecho al cobro de una pensión a cargo del erario público o entidad de previsión alternativa. [...] Se entenderá que la fecha de ocurrencia de la invalidez coincide con la fecha que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez, que determine el derecho al cobro de una pensión a favor del Asegurado”.

En la póliza se designaba como primer beneficiario a la Caja de Ahorros de Granada y como segundo al propio asegurado.

El 25 de agosto de 2014, a consecuencia de una enfermedad común, el asegurado fue dado de baja laboral por un periodo inicial de doce meses. En esa fecha todavía estaba en vigor el contrato de seguro. El 4 de septiembre siguiente, fue hospitalizado por sospecha de leucemia aguda, lo que fue confirmado en esa misma fecha, siendo diagnosticado de una leucemia aguda linfoblástica Pro-T. Dicho juicio clínico no cambió durante todo el tratamiento médico posterior hasta la fecha del reconocimiento de la incapacidad permanente. Asimismo, en los partes de baja por incapacidad temporal que se fueron sucediendo en ese periodo, el diagnóstico fue siempre el de “Leucemia tipo celular neom. Aguda. Sin remisión”. Por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 16 de marzo de 2016 -cuando el contrato ya

no estaba en vigor-, el asegurado, que seguía en situación de incapacidad temporal, fue declarado en situación de incapacidad permanente por enfermedad común. Dicha resolución se basaba en el Dictamen-Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de 24 de febrero de 2016, que describía el cuadro clínico en los siguientes términos: “Leucemia aguda linfoblástica Pro-T. Enfermedad del injerto contra el huésped overlap mucosa y gástrica. Fractura de vértebra lumbar osteoporótica L3 y L5, Trastorno adaptativo”.

El asegurado presentó una demanda contra la aseguradora en la que solicitó que se le condenara al pago de 41.158,24 €, más el interés del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), en concepto de indemnización prevista en la póliza para el caso de incapacidad permanente absoluta.

El Juzgado de Primera Instancia estimó la demanda, al considerar que la fecha del siniestro era la de la baja laboral, por lo que aquel se produjo durante la vigencia de la póliza. Desechó la aplicación de la previsión contractual sobre la fecha de la resolución del INSS, con el argumento de que sería tanto como dejar los plazos de la póliza contratada a la eficacia o rapidez en la tramitación del organismo público. Por ello, consideró que la cláusula antes transcrita sobre la fecha de ocurrencia de la invalidez debía interpretarse en el sentido de que era exigible una declaración formal de invalidez, pero relativa a una enfermedad causante producida durante el periodo de vigencia de la póliza.

En consecuencia, condenó a la demandada a indemnizar al demandante, si bien no concedió los intereses del art. 20 de la LCS, sino los legales desde la fecha de interposición de la demanda.

Por la aseguradora se interpuso recurso de apelación por el que se denunciaba falta de aplicación de las cláusulas contractuales convenidas, poniendo el acento en la vigencia de la póliza que la demandante alega como argumento principal de su reclamación. Se fundamentó que la extinción de la póliza se produjo en octubre de 2014, dos años antes de su incapacidad; conforme a lo pactado la vigencia de la póliza. Sin embargo, la Audiencia Provincial de Granada (Sección Quinta) en sentencia 21 de diciembre de 2018, desestimó el recurso al considerar que la enfermedad determinante de la posterior invalidez se manifestó durante la vigencia del contrato de seguro.

Frente a esta sentencia, la aseguradora demandada interpuso recurso de casación, fundado en los siguientes motivos:

Primero.- Infracción de lo dispuesto en el art. 83 LCS, que limita la obligación de pago de la prestación a lo establecido en el contrato, en relación con el art. 1 de la LCS, con los art. 1.091, 1.258 y 1.278 del CC.

Segundo.- Infracción por inaplicación de lo dispuesto en el artículo 1.281 del CC.

Tercero.- Se articula de forma subsidiaria, para el hipotético caso de mantenimiento de la condena al pago de prestación del seguro de vida litigioso. Infracción por inaplicación de lo dispuesto en el art. 88 de la LCS en relación

con lo dispuesto en el art. 83 LCS, existiendo oposición a la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

En el desarrollo del primer motivo, se aduce por la aseguradora que conforme a lo pactado en la póliza, la fecha del siniestro era la del reconocimiento administrativo de la situación de incapacidad permanente, y en este caso, cuando se dictó la correspondiente resolución del INSS ya no estaba en vigor la póliza. Y en lo que respecta al segundo motivo, argumenta que la sentencia recurrida obvia la redacción de la cláusula relativa al objeto del contrato, que establece literalmente que la fecha de la invalidez es la de su reconocimiento por el organismo administrativo correspondiente.

Dada la evidente conexión entre ambos motivos, se resuelven conjuntamente, partiendo de un análisis de la jurisprudencia de la Sala Primera sobre la consideración de la fecha del siniestro en los seguros de invalidez. En concreto, la sentencia núm. 100/2011, de 2 de marzo, que se remite a la sentencia núm. 372/1996, de 16 de mayo, estableció que en el seguro de vida que incluye como cobertura complementaria la incapacidad o invalidez como consecuencia de enfermedad, el riesgo asegurado es la incapacidad o invalidez declarada mediante resolución administrativa o judicial, y no la enfermedad que dio lugar a la misma, que solamente sería el hecho generador del riesgo. En consecuencia, como regla gene-

ral, el evento dañoso tiene lugar cuando se produce la declaración oficial de la incapacidad o invalidez.

No obstante, estos pronunciamientos tuvieron lugar en casos en los que no se discutía concretamente cuál era la fecha del siniestro en este tipo de seguros, sino que la cuestión litigiosa versaba sobre qué compañía de seguros debía cubrir un siniestro en caso de sucesión de pólizas, o sobre la validez de una cláusula que anticipa expresamente la fecha del siniestro a la del diagnóstico de la enfermedad. Según esta jurisprudencia, salvo pacto expreso en contrario, en el seguro de incapacidad o invalidez el pago de la indemnización corresponde a la aseguradora cuyo contrato estaba en vigor cuando se produjo la declaración de invalidez, aunque no lo estuviera cuando se inició la enfermedad invalidante.

En contraposición a tales pronunciamientos, la Sala Primera ha dado un tratamiento diferente al seguro que cubre la incapacidad o invalidez causada por un accidente, en el que, a efectos de determinación de la fecha del siniestro, lo relevante es la fecha en que se produjo el accidente, aunque posteriormente se produzca la declaración de la incapacidad.

Y es que, a diferencia de lo que sucede con el seguro de accidentes, la LCS no da una definición de invalidez, por lo que es preciso acudir a otras normas del orden jurisdiccional social para precisar su alcance. En este ámbito, la incapacidad permanente viene definida en el art. 193.1 de la LGSS, pero no basta con encontrarse en la situación descrita en el precep-

to (padecimiento de reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen la capacidad laboral), sino que, para ser beneficiario de la prestación correspondiente, dicha situación ha de ser expresamente declarada por los organismos competentes de la Seguridad Social (arts. 195 y 200 LGSS).

Por su parte, el art. 13.2 de la Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, establece:

“El hecho causante de la prestación se entenderá producido en la fecha en la que se haya extinguido la incapacidad temporal de la que se derive la invalidez permanente.

En los supuestos en que la invalidez permanente no esté precedida de una incapacidad temporal o ésta no se hubiera extinguido, se considerará producido el hecho causante en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del equipo de valoración de incapacidades”.

Esta normativa ha sido interpretada por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo en el sentido de que “el acto declarativo de la IP es un acto complejo, en el que es distinguible un aspecto de valoración médica y otro de valoración jurídica y sólo por la conjunción de ambos puede surgir el fenómeno, propiamente jurídico-social, del reconocimiento de la IP” (sentencia de 6 de noviembre de 2008, rec. 4255/2007).

A su vez, la sentencia del pleno de dicha Sala Cuarta de 14 de abril de 2010 declaró que, respecto de la fecha del hecho causante de la incapacidad permanente por enfermedad común no podía adoptarse la misma solución que respecto de la fecha del accidente, concluyendo que: "(i) Como regla general, para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora (incluido el seguro voluntario), para determinar la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono ha de acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI. (ii) Como excepción, la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles".

De esta forma, la sentencia considera procedente coordinar la jurisprudencia de la Sala Primera con la de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo, respecto de la fecha del siniestro en el seguro de invalidez o incapacidad permanente, por lo que acogen las mismas conclusiones, sobre la regla general y la excepción expuestas. Conforme a tales criterios y tomando como fecha del siniestro la del dictamen del EVI (24 de febrero de 2016), en el caso objeto de enjuiciamiento, el siniestro se habría producido fuera del periodo de vigencia de la póliza si tomáramos en consideración la regla general. Pero los datos médicos descritos en el fundamento

jurídico primero revelan que la enfermedad causante de la incapacidad permanente -la leucemia-, se reveló como permanente e irreversible desde el primer diagnóstico, el 4 de septiembre de 2014, cuando la póliza todavía estaba en vigor. Por lo que estaríamos en el caso previsto en la excepción, que permite considerar como fecha del siniestro la del diagnóstico de la enfermedad.

De esta forma, concluye la sentencia considerando que: "Como quiera que la cláusula contractual que fijaba la fecha del siniestro excluía la posibilidad de que la misma pudiera ser anterior a la de las resoluciones administrativas (en particular, el dictamen del EVI), debe considerarse limitativa de los derechos del asegurado". Por lo que, al no reunir los requisitos del art. 3 de la LCS (no aparece resaltada en la póliza ni consta aceptada expresamente), resulta inoponible al asegurado, y se considera que la interpretación contractual realizada por la sentencia recurrida es ajustada a derecho.

Por último, en lo relativo al tercer motivo del recurso, la aseguradora recurrente alega que en la póliza se designó como primera beneficiaria a la entidad bancaria, lo que no ha sido tenido en cuenta en la sentencia recurrida, que atribuye directamente la indemnización al asegurado. A este respecto, tal y como tiene declarado la Sala Primera, en los seguros de personas vinculados a préstamos hipotecarios, el tomador/asegurado o, en su caso, sus herederos, tienen plena legitimación para reclamar a la aseguradora la indemnización pactada,

aunque en la designación de beneficiarios efectuada en la póliza aparezca en primer lugar la entidad prestamista. Sin perjuicio de que, con cargo a la suma asegurada, deba entregarse en primer lugar a la entidad beneficiaria el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro, para luego abonar el remanente al asegurado o sus herederos.

En virtud de lo anterior, se estima el tercer motivo de casación con el único efecto, derivado de su subsidiariedad, de complementar el fallo de la sentencia de primera instancia para indicar que, con cargo a la suma asegurada, deberá entregarse en primer lugar a la entidad prestamista/beneficiaria el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro (si lo hubiera), y el remanente al asegurado.

4.- LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 1, 3, 80, 83 y 100 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículos 1.091, 1.258 y 1.278 del Código Civil.

Artículos 193.1, 195 y 200 de la Ley General de la Seguridad Social.

Artículo 13.2 de la Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio.

SSTS Sala Primera, núm. 372/1996, de 16 de mayo, núm. 100/2011, de 2 de marzo y núm. 60/2021, de 8 de febrero

STS Sala Primera (pleno) núm. 736/2016, de 21 de diciembre

STS Sala Cuarta (pleno) de 14 de abril de 2010 (rec. 1813/2009).

CONCLUSIONES

De esta sentencia del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo extraemos unas conclusiones muy relevantes en materia de seguro de vida con cobertura de invalidez, y de gran interés práctico.

El supuesto en cuestión, aborda la cobertura de un seguro de vida vinculado a préstamo hipotecario, con garantía de invalidez permanente absoluta contratada con vigencia desde el 25 de febrero de 2009 hasta el 25 de octubre de 2014. El asegurado, con fecha el 4 de septiembre de 2014, es diagnosticado de leucemia, enfermedad por la que había iniciado la situación de incapacidad tan sólo unos días antes, el 25 de agosto de 2014, y por la que es declarado en situación de incapacidad permanente por enfermedad común, por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 16 de marzo de 2016, cuando el contrato ya no estaba en vigor. Es preciso destacar, que desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la resolución de incapacidad, el juicio clínico fue el mismo, de "Leucemia tipo celular neom. Aguda. Sin remisión".

La cuestión controvertida gira en torno a si resulta aplicable al caso, la cláusula prevista en las condiciones generales, que determinaba que la fecha de ocurrencia de la invalidez debía de coincidir con la fecha de declaración por parte del INSS de los efectos económicos de la misma. Pues bien, tras un análisis exhaustivo de la normativa y jurisprudencia aplicable, tanto de la Sala Primera como de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo, la sentencia alcanza las siguientes conclusiones relevantes:

1. Que para determinar la fecha del siniestro en el seguro de invalidez o incapacidad permanente, resulta preciso coordinar la jurisprudencia de la Sala Primera con la de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo.

2. En lo que respecta al seguro que cubre la incapacidad o invalidez causada por un accidente, a efectos de determinación de la fecha del siniestro, lo relevante es la fecha en que se produjo el accidente, aunque posteriormente se produzca la declaración de la incapacidad.

3. Sin embargo, en lo que respecta al seguro que cubra la incapacidad o invalidez causada por enfermedad común, se establece como regla general que para determinar la fecha del hecho causante ha de acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquella en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAM, y como excepción a dicha regla general, la posibilidad de retrotraer la fecha del hecho causante al momento real en el que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles.

Por tanto, para supuestos como el analizado, en el que, aunque el dictamen del equipo de valoración del INSS se fijó en una fecha muy posterior a la vigencia de la póliza, se deberá cubrir la garantía de incapacidad, siempre y cuando se hubiera podido determinar las secuelas permanentes de dicha enfermedad común en un momento anterior, cuando la póliza sí estaba en vigor. Y ello, por cuanto que la cláusula que excluya dicha posibilidad debe ser considerada limitativa de los derechos del asegurado y, por tanto, deberá estar sometida a los requisitos del artículo 3 de la LCS.