



## ...en materia de seguros

### **CONTRATO DE ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO. EXISTENCIA DE COBERTURA A PESAR DEL RETRASO EN LA COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO**

Sentencia de 7 de junio de 2023 de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

Ponente: Pedro José Vela Torres.

**Javier López García  
de la Serrana**

Abogado - Doctor en  
Derecho Director de  
HispaColex

### **1.- INTRODUCCIÓN**

La sentencia objeto de estudio analiza dos cuestiones que resultan de gran interés y relevancia para el sector asegurador, en lo que respecta al seguro de gastos de asistencia sanitaria en el extranjero. En primer lugar, se debate si la cobertura de gastos de asistencia sanitaria que se incluye en un contrato colectivo suscrito por el Colegio de Ingenieros de Caminos y el Real Automóvil Club de Cataluña (RACC) -que no con la entidad RACC Seguros, compañía de seguros y reaseguros S.A. (RACC Seguros)-, tiene la consideración de contrato de seguro o de simple prestación condicionada a una serie de estipulaciones, que tendría su regulación en el Derecho de Asociaciones previsto en los arts. 321 y siguientes del Código Civil de Cataluña. En segundo lugar, se lleva a debate cuáles serían las consecuencias jurídicas de no cumplir con el plazo contractual de 7 días previsto para solicitar el reembolso de dichos gastos y si sería de aplicación el art. 16 de la LCS.

### **2.- SUPUESTO DE HECHO**

El demandante estaba adherido a un contrato colectivo suscrito por el Colegio de Ingenieros de Caminos

con el Real Automóvil Club de Catalunya (RACC), entre cuyas prestaciones se encontraba la de cobertura hasta treinta mil euros en concepto de "gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero". En un documento titulado "Prestaciones Socio", su apartado 2, bajo la rúbrica "forma de solicitar la asistencia y condiciones", constaba:

"El RACC, previa llamada telefónica a la Central de Alarmas en funcionamiento las 24 horas del día durante todo el año, ayudará al socio y/o asumirá los gastos autorizados derivados de las prestaciones de asistencia cubiertas. En el dorso del carnet de socio, se indica el número de teléfono para solicitar tanto asistencia al vehículo y/o personal como asistencia sanitaria urgente y médico de guardia, asistencia en el hogar o asistencia jurídica. El RACC no se responsabiliza ni se hace cargo de ningún servicio o prestación que no haya sido solicitado previamente a su Central de Alarmas.

(...) Cuando un socio requiera asistencia sanitaria, será indispensable solicitarla en un plazo máximo de 7 días desde la ocurrencia del siniestro, salvo causa de fuerza mayor".

En el mismo documento, el apartado 5, titulado "Asistencia sanitaria urgente en viaje", figuraba un subapartado d) del siguiente tenor:

"Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero:

Si el socio o un miembro de su familia cubierto por las prestaciones necesita asistencia médica a causa de una enfermedad súbita o accidente ocurrido en el extranjero, el RACC se hará cargo de los gastos médicos únicamente en el extranjero hasta un máximo de 30.000 euros, impuestos incluidos, por persona y siniestro, de:

Los gastos de hospitalización.

Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.

El coste de los medicamentos prescritos por el médico".

El 15 de noviembre de 2015, cuando el asegurado se encontraba de viaje en Boston (Estados Unidos), tuvo que ser ingresado por presentar un grave cuadro séptico, donde permaneció hasta el día 19 de noviembre en que fue dado de alta, para seguir el tratamiento en España. El 25 de abril de 2016, el hospital de Boston le comunicó que debía abonar la cantidad de 31.586,31 dólares, por lo que el asegurado reclamó inmediatamente el pago del citado saldo a RACC, que rechazó hacerse cargo de los gastos médicos alegando que el siniestro no le había sido comunicado en plazo.

Por lo anterior, el actor formuló una demanda contra el Real Automóvil Club de Catalunya (en adelante RACC), según consta textualmente en el encabezamiento y en el suplico. Pero la contestación a la demanda la realizó RACC Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante RACC Seguros), que es quien figura en la sentencia de primera instancia como parte demandada, sin que conste oposición al respecto por el demandante. De donde cabe considerar que, pese a las posibles dudas iniciales, hubo consenso -por lo menos tácito- entre las partes sobre que la relación jurídico-procesal como parte demandada se estableciera con la entidad RACC Seguros.

El demandante sostuvo que entre ellos existía un contrato de seguro personal con múltiples coberturas, que incluía el pago de los gastos de hospitalización en el extranjero, y que el retraso en la comunicación del siniestro estuvo plenamente justificado y no tuvo efecto alguno ni supuso perjuicio para la entidad. Por lo que solicitó que se condenara a la demandada al pago de la parte de gastos hospitalarios pendientes.

La demanda fue contestada por la entidad RACC Seguros -tal y como se acaba de explicar-, que

se opuso alegando que no existía un contrato de seguro entre las partes, sino que ésta -refiriéndose al RACC- ofrecía a sus socios, por su condición de tales, una serie de prestaciones; así como que el demandante incumplió los requisitos para beneficiarse de la prestación, ya que no avisó a la central de alarmas; y subsidiariamente, para el caso de que se reconociera una relación de aseguramiento, que el demandante tampoco respetó el plazo de siete días para la comunicación del siniestro del art. 16 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), lo que ha perjudicado a la compañía, que no pudo ponerse en contacto con el hospital a fin de regular y pactar posibles tarifas. Finalmente, alegó que el asegurado no había abonado la factura, por lo que carecía de legitimación para reclamarla.

La sentencia de primera instancia estimó la demanda al considerar que entre las partes regía una póliza de seguro personal de asistencia sanitaria en el extranjero, y que estaba justificado el incumplimiento por parte del actor de su obligación de comunicar el hecho objeto de cobertura a la central de alarmas. Por lo que condenó a la demandada al pago de la factura emitida por el hospital estadounidense, con el límite de 30.000 € pactado en el contrato de seguro, sin hacer expresa imposición de costas.

Esta resolución fue recurrida en apelación por la aseguradora e impugnada por el actor, en lo referido al pronunciamiento sobre costas. La Audiencia Provincial estimó el recurso de apelación y desestimó la impugnación. Consideró que la relación jurídica entre las partes no podía calificarse como un contrato de seguro personal de asistencia sanitaria en el extranjero, sino que se regía por la regulación de las asociaciones contenida en los arts. 321 y siguientes del Código Civil de Cataluña. Y sobre esta base, razonó que el asociado había incumplido las condiciones de prestación de los servicios, al no haber avisado a la central de alarmas ni haber comunicado lo sucedido al RACC hasta cinco meses después. Por lo que revocó la sentencia de primera instancia y desestimó la demanda.

El recurrente interpuso recurso extraordinario por infracción procesal fundado en la alteración de la legitimación pasiva, error en la valoración de la prueba y la vulneración del principio de la justicia rogada, y recurso de casación, por el que se denunciaba la infracción de los arts. 1, 3 y 16 de la LCS y la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo.



### 3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

En lo que respecta al primer y segundo motivo del recurso extraordinario por infracción procesal, resuelve la sentencia una cuestión relevante, pues considera que la Audiencia no niega la legitimación pasiva de RACC Seguros para afirmar la del RACC, sino que argumenta que la relación jurídica existente entre el actor y el RACC era la de asociado y asociación, y no entre el demandante y RACC Seguros, porque entre ellos no había un contrato de seguro, cuya existencia niega. Cuestión que afecta a la calificación jurídica de la relación existente entre las partes y que determina la absolución de la aseguradora. Es decir, se trata de una valoración jurídica, no fáctica, ajena al recurso extraordinario por infracción procesal, que debe ser combatida, en su caso, en el recurso de casación.

En el mismo sentido, y en lo que respecta al tercer motivo de este recurso por infracción procesal, estima que, para calificar jurídicamente la relación entre las partes, la Audiencia Provincial examina con qué entidad estaba vinculado el demandante y en qué consistían las prestaciones comprometidas, para concluir que no hubo un contrato de seguro. Y la determinación de si la relación jurídica era con el RACC, por una relación propia de la pertenencia a una asociación, o con RACC Aseguradora, por un contrato de seguro de asistencia médica en viaje, estaba en el debate jurídico, una vez que la demandada negó la existencia de esa relación de aseguramiento.

En lo que respecta al recurso de casación, el recurrente aduce, resumidamente, que entre las partes regía un contrato de seguro de asistencia sanitaria en el extranjero ofrecido por RACC Seguros, que no puede incumplirse por una supuesta demora en

la comunicación del siniestro, puesto que ello, a lo sumo, daría lugar a lo previsto en el art. 16 de la LCS. Aparte de que, al tratarse de un seguro colectivo, las cláusulas que esgrime la aseguradora para exonerarse del siniestro serían oponibles al tomador, pero no al asegurado individual.

En lo que a la primera cuestión se refiere, esto es, si nos encontramos o no ante un seguro de asistencia en viaje, la sentencia parte de la ausencia de regulación específica de este tipo de contrato, aunque deja patente su reconocimiento como ramo de seguro, lo que supone que le sea aplicable la Ley de Contrato de Seguro, en virtud del artículo 2, que dispone que: "Las distintas modalidades del contrato de seguro, en defecto de Ley que les sea aplicable, se regirán por la presente Ley, cuyos preceptos tienen carácter imperativo, a no ser que en ellos se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado".

Sobre esta cuestión, establece la sentencia, que es jurisprudencia reiterada de la Sala Primera que los contratos son lo que son y no lo que las partes denominan. Si nos encontramos con que una compañía de seguros del mismo grupo que el RACC se comprometía a cubrir los gastos de asistencia médica en el extranjero, hasta un límite cuantitativo, y en el documento se hablaba expresamente de cobertura de prestaciones y de comunicación y ocurrencia del siniestro, resulta evidente que esa relación jurídica encaja en la definición de contrato de seguro que establece el art. 1 de la LCS: "El contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño

producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas".

Lo anterior, vendría corroborado por los propios actos de la demandada, puesto que al recibir la primera comunicación del actor no negó la existencia de seguro, sino que denegó la prestación por una supuesta exclusión de cobertura, por no haber realizado la comunicación en las 24 horas siguientes, lo que conllevaría a estimar la primera parte del motivo de casación, en cuanto a la afirmación de una relación de aseguramiento, en la modalidad de asistencia sanitaria en viaje, entre las partes.

Afirmada la existencia y vigencia de un contrato de seguro de asistencia sanitaria en viaje, resulta aplicable a esta modalidad aseguradora lo previsto en el art. 16 de la LCS, conforme al cual: "El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave".

Respecto a la aplicabilidad de este precepto, debe hacerse una distinción, derivada de la propia naturaleza de esta modalidad de seguro, que por un lado garantiza prestaciones de carácter inmediato (la asistencia en viaje propiamente dicha, incluida la sanitaria, como sucedió en este caso) y por otro, asegura prestaciones que pueden dilatarse en el tiempo (las indemnizatorias o de reintegro de gastos). Respecto de las prestaciones puramente asistenciales, la comunicación del siniestro equivale a la petición de ayuda o asistencia (que se proporcione un medio de transporte alternativo, un alojamiento o un servicio médico -consulta, hospitalización, intervención quirúrgica-, por poner diversos ejemplos), por lo que la falta de comunicación únicamente implica una especie de renuncia tácita a los derechos que, sobre tales cuestiones, reconoce

el contrato al asegurado, ya que incluso puede haber obtenido el auxilio por otros medios. Por el contrario, respecto de las prestaciones económicas (indemnización o reintegro de gastos), la falta de comunicación sí puede tener las consecuencias a que se refiere el art. 16 de la LCS, si ello supone una agravación de las obligaciones pecuniarias del asegurador.

Ahora bien, entiende la Sala Primera del Tribunal Supremo que tales consecuencias no implican necesariamente la posibilidad de denegar la indemnización, consecuencia que no está prevista en el citado art. 16 de la LCS, salvo en los casos de ocultación de información con dolo o culpa grave; sino que, en este caso, la aseguradora podría haber solicitado una indemnización de daños y perjuicios, que no ejercitó por vía de reconvencción ni de compensación. En este sentido trae a colación la sentencia 246/2016, de 20 de abril, dictada por la misma Sala, que aclaró que el art. 16 LCS establece dos obligaciones diferenciadas del asegurado o el tomador del seguro frente a la aseguradora: "(i) la primera es la de comunicarle el siniestro acaecido en el plazo de siete días, o en su caso el plazo establecido en la póliza, que constituye el llamado deber de comunicación del siniestro; (ii) la segunda, consiste en la aportación, además, de toda clase de información a la aseguradora sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro". Pues bien, cada una de estas obligaciones se encuentra sancionada de diferente forma, pues ante la falta de comunicación del siniestro la aseguradora podrá exigir al tomador o al asegurado la indemnización por los daños y perjuicios que ese retraso le haya ocasionado; mientras que la infracción del deber de información a la compañía sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, puede dar lugar a la exención de aquella en su obligación de indemnizar por el citado siniestro, siempre y cuando se demuestre el dolo o culpa grave.

Por todo lo anterior, la sentencia considera que el recurso de casación debe ser estimado, pues el retraso inicial en la comunicación del siniestro estuvo justificado por la gravedad del estado de salud del asegurado, que tuvo que ser intervenido quirúrgicamente de urgencia para tratarle una septicemia. Mientras que el retraso posterior (que no ocultación de información) no consta que causara perjuicios económicos a la aseguradora, o por lo menos, ni han sido justificados por ella, ni los ha reclamado por vía de reconvencción o de compensación.

La estimación del recurso de casación conlleva la asunción de la instancia por parte del Tribunal Supremo, que resuelve desestimar el recurso de apelación, manteniendo el pronunciamiento de la sentencia del Juzgado.

#### 4.-LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA

Artículos 1, 3 y 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 6.1 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados  
STS núm. 246/2016, de 20 de abril.

SSTS núm. 573/1994, de 14 de junio; núm. 605/1994, de 21 de junio; núm. 339/2001, de 6 de abril; núm. 516/2009, de 15 de julio; y 541/2016, de 14 de septiembre.



### CONCLUSIÓN:

El objeto del debate analizado por la sentencia que nos ocupa es el contrato colectivo suscrito por el Colegio de Ingenieros de Caminos con la compañía Real Automóvil Club de Catalunya (RACC), entre cuyas prestaciones para el "socio" se encontraba la de cobertura hasta treinta mil euros en concepto de "gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero", así como la de "Asistencia sanitaria urgente en viaje".

La primera cuestión que resuelve la sentencia es si nos encontramos ante un seguro de asistencia en viaje, o si se trata de una simple prestación condicionada a la comunicación del "siniestro" a la central de alarmas de RACC, según lo estipulado en el contrato. A este respecto, considera el Tribunal Supremo que aunque no se denomine como tal, nos encontramos con un contrato de seguro, pues existe un compromiso de una compañía de seguros del mismo grupo que el RACC a cubrir los gastos de asistencia médica en el extranjero de cualquier socio, hasta un límite cuantitativo, lo que sin duda encaja en la definición de contrato de seguro que establece el art. 1 de la LCS. Además, lo anterior, venía corroborado con los propios actos de la demandada, puesto que al recibir la primera comunicación del actor no negó la existencia de seguro.

Una vez aclarada la naturaleza del contrato, la segunda cuestión resuelta por la sentencia es que -a pesar de tratarse de una prestación de carácter inmediato- la no comunicación inicial del siniestro en el plazo contractual previsto de 7 días, estuvo justificada por la gravedad del estado de salud del asegurado, que tuvo que ser intervenido quirúrgicamente de urgencia para tratarle una septicemia, por lo que no cabe considerar la existencia de dolo o culpa grave del asegurado. Igualmente, concluye que tampoco es un impedimento para que se deba satisfacer el pago por la aseguradora, el hecho de que el siniestro se comunicara cinco meses después cuando se recibió la factura, -lo que en todo caso se debe considerar como un retraso y no una ocultación de información-, pues no se ha justificado que dicho retraso causara perjuicios económicos a la aseguradora, o por lo menos, no han sido justificados ni reclamados por ella.