

## ...en materia de seguros

### **SEGURO DE VIDA CON COBERTURA DE INVALIDEZ: EL SINIESTRO PUEDE FIJARSE EN EL DIAGNÓSTICO IRREVERSIBLE DE LA ENFERMEDAD Y NO EN SU POSTERIOR DECLARACIÓN ADMINISTRATIVA O JUDICIAL**

Sentencia de 23 de febrero de 2026 de la Sala  
Primera del Tribunal Supremo.

Ponente: Sr. José Luis Seoane Spiegelberg

**Javier López García  
de la Serrana**

Abogado –  
Doctor en Derecho.  
Director de HispaColex

### 1. INTRODUCCIÓN

La presente sentencia aborda una cuestión de extraordinaria relevancia práctica y doctrinal en el ámbito de los seguros de vida con cobertura de invalidez permanente. El Tribunal Supremo se pronuncia sobre un conflicto recurrente: la determinación del momento exacto en que debe entenderse acaecido el siniestro cuando la declaración administrativa que reconoce la invalidez es posterior a la extinción de la vigencia de la póliza, pero la enfermedad que la causa se ha manifestado de forma consolidada e irreversible durante el periodo de cobertura.

Por tanto, la controversia se centra en la interpretación del concepto de "siniestro" y en la naturaleza de las cláusulas contractuales que lo definen. Se debate si debe prevalecer una concepción formalista, que vincula el siniestro al acto administrativo de reconocimiento, o una concepción material, que atiende al momento en que la situación de incapacidad se convierte en un hecho médico constatable y definitivo. Esta disyuntiva tendrá consecuencias determinantes para el asegurado, pues de la solución adoptada dependerá la eficacia de la cobertura contratada.

### 2. SUPUESTO DE HECHO

El 22 de diciembre de 2006, el reclamante suscribió una póliza de seguro de vida vinculada a un préstamo hipotecario. Dicha póliza, de vigencia anual prorrogable, cubría los riesgos de fallecimiento e invalidez permanente y absoluta, estableciendo para esta última un capital asegurado de 116.500 euros. La beneficiaria irrevocable de la indemnización era la entidad financiera prestamista por el saldo pendiente de la operación. El contrato definía la invalidez permanente absoluta como "la situación física irreversible, ocasionada por enfermedades o accidentes (...) que deje al asegurado inútil para llevar a cabo todo tipo de trabajo remunerado".

Durante la plena vigencia del contrato, concretamente el 24 de noviembre de 2009, se le detectó al asegurado una masa tumoral. El 15 de diciembre de 2009, fue diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón, una patología de carácter grave que, desde su manifestación, se reveló como irreversible e incapacitante. A raíz de ello, causó baja por incapacidad temporal el 29 de diciembre de 2009.

El 22 de diciembre de 2010 venció la anualidad del seguro, y el asegurado no procedió al pago de la prima de renovación, por lo que la

cobertura de la póliza quedó suspendida y, posteriormente, extinguida conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro. Con posterioridad a la expiración de la póliza, por resolución de la Seguridad Social de 8 de julio de 2011, se le reconoció al reclamante una incapacidad permanente absoluta con efectos económicos desde el 13 de abril de 2011.

Ante esta secuencia de hechos, la entidad aseguradora denegó la cobertura, argumentando que el siniestro (la declaración de invalidez) se había producido formalmente cuando la póliza ya no estaba en vigor. El asegurado, por su parte, defendía que el hecho generador del siniestro fue la enfermedad diagnosticada y consolidada durante la vigencia del contrato, por lo que interpuso demanda de cumplimiento de contrato ante el Tribunal de Instancia de Toledo, solicitando que se condenara a la aseguradora a abonar el capital de 116.500 euros, más intereses.

El procedimiento finalizó por sentencia estimatoria de la demanda en la que se argumentó, en síntesis, que la causa generadora de la invalidez del actor fue la enfermedad que se le diagnosticó y trató durante la vigencia de la póliza; por consiguiente, el grado de incapacidad que mantiene el demandante, considerada como de invalidez permanente y absoluta, era consecuencia directa de la evolución del proceso patológico sufrido desde la declaración de incapacidad temporal de 29 de diciembre de 2009. Por tanto, no puede identificarse la invalidez con su declaración por parte de la Administración, ni resulta aceptable que para apreciarla se requiera la declaración del INSS, dado que su realidad o inexistencia se puede constatar al margen de las resoluciones de los organismos competentes de la Seguridad Social.

Durante la tramitación del proceso, el 14 de marzo de 2020, falleció el demandante, siendo sucedido procesalmente por su hijo y heredero, quien continuó con la defensa de sus intereses.

La aseguradora recurrió en apelación ante la Audiencia Provincial de Toledo. La Sección Primera revocó la sentencia de instancia, alineándose con la tesis de la compañía, y argumentando que el riesgo asegurado no era la enfermedad, sino la invalidez permanente absoluta, y que esta solo se constata médicamente con la resolución

del INSS. El Juzgador "ad quem" razona que no cabe confundir el contrato litigioso con el seguro de accidentes, en el que el siniestro cubierto es el propio accidente con sus secuelas o consecuencias, aunque se descubran o traten con posterioridad, siempre que concorra relación causal. Continúa su argumentación sosteniendo que, cuando se produce la declaración de invalidez, el 13 de abril del 2011, ya no se hallaba vigente la póliza, pues la misma había quedado suspendida en sus efectos el 22 de enero de 2010, por el impago de la prima, y extinguida definitivamente después por aplicación del artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

Finalmente, la parte reclamante interpuso recurso de casación sentando las bases para que el Alto Tribunal se pronunciara sobre esta controvertida cuestión, y estableciera la doctrina que se analiza a continuación.

### 3. ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

El recurrente fundamentó su primer motivo en la infracción de los artículos 83 y 100 de la Ley de Contrato de Seguro, en relación con los artículos 105 y 106 del mismo cuerpo legal. Se argumentaba la existencia de jurisprudencia contradictoria entre distintas Audiencias Provinciales sobre el concepto de "riesgo cubierto", existiendo dos posturas enfrentadas:

- a) La que considera que el siniestro es la enfermedad generadora de la incapacidad.
- b) Aquella que, como la sentencia recurrida de la Audiencia Provincial de Toledo, sitúa el siniestro en la fecha de la declaración administrativa de la incapacidad.

La compañía aseguradora se opuso a la admisión de este motivo, alegando que se citaban preceptos heterogéneos y que ya existía jurisprudencia del Tribunal Supremo al respecto. Sin embargo, el Alto Tribunal desestima estos argumentos de inadmisibilidad. Razona que, a la fecha de la sentencia de la Audiencia Provincial (28 de octubre de 2020), la cuestión no había sido resuelta de forma clara por la Sala, existiendo un evidente interés casacional que justificaba un pronunciamiento para unificar doctrina, como de hecho ocurrió posteriormente con la STS 129/2023, de 31 de enero.

Una vez admitido el motivo, el Tribunal Supremo procede a examinar el fondo de la cuestión, estableciendo una doctrina clara y protectora para el asegurado, que se puede desglosar en los siguientes puntos:

1. La regla general y su excepción: El Tribunal reconoce que, como regla general y en línea con pronunciamientos anteriores, en los seguros de invalidez por enfermedad, el siniestro se entiende producido en la fecha de la declaración oficial de la incapacidad (ya sea administrativa o judicial). Esta es la fecha que determina qué aseguradora debe cubrir el siniestro en caso de sucesión de pólizas.

2. La excepción clave: El Tribunal, coordinando su jurisprudencia con la de la Sala de lo Social, introduce una excepción fundamental: la fecha del siniestro puede retrotraerse al momento en que las secuelas de la enfermedad se revelan como permanentes e irreversibles, aunque la declaración administrativa sea posterior. Esta excepción es crucial para evitar situaciones injustas en las que la cobertura del seguro se pierde por la demora en los trámites administrativos.

Al aplicar esta doctrina al presente caso, el Tribunal Supremo concluye que se dan todos los presupuestos para aplicar la excepción. Los hechos probados demuestran que el asegurado fue diagnosticado de un adenocarcinoma de pulmón el 15 de diciembre de 2009 mientras la póliza estaba plenamente vigente, así como que esta patología, por su naturaleza, se reveló como permanente e irreversible desde su diagnóstico inicial. Por último, se entiende probado que la enfermedad provocó, sin solución de continuidad, la situación de incapacidad temporal y, posteriormente, la declaración de incapacidad permanente absoluta.

Por tanto, el Alto Tribunal concluye que el siniestro no fue la resolución del INSS de 2011, sino la manifestación de la enfermedad invalidante en 2009. La resolución administrativa tuvo un carácter meramente declarativo de una situación fáctica y médicamente consolidada que ya existía durante la vigencia del contrato.

Al estimar el recurso de casación, el Tribunal Supremo casa la sentencia de la Audiencia

Provincial y, asumiendo la instancia, procede a resolver el recurso de apelación que en su día interpuso la aseguradora. En este punto, desestima los demás argumentos que la compañía había esgrimido para oponerse a la demanda:

1. Infracción de la Doctrina de los Actos Propios: La aseguradora alegaba que el hecho de que el asegurado dejara de pagar la prima a su vencimiento constituía un acto propio contrario a su posterior reclamación. El Tribunal Supremo rechaza este argumento, afirmando que no es contrario a la buena fe que un asegurado, tras sufrir una enfermedad que constituye el riesgo asegurado, no renueve la póliza y reclame la cobertura por un siniestro acaecido durante su vigencia. No se generó ninguna confianza legítima en la aseguradora de que el derecho no sería ejercitado.

2. Incumplimiento del Deber de Información (Artículo 16 de la LCS): La compañía también sostuvo que el asegurado incumplió su deber de informar sobre las circunstancias del siniestro. Se desestima igualmente este motivo, al constatar que la aseguradora tuvo pleno conocimiento de la situación médica del demandante a través de la documentación aportada, sin que se acreditara dolo o culpa grave por parte del asegurado.

Finalmente, el Tribunal Supremo declara que, habiéndose estimado el primer motivo del recurso de casación, carece de objeto y de interés jurídico entrar a analizar los otros dos motivos interpuestos por el recurrente. La estimación del primero es suficiente para casar la sentencia recurrida y confirmar la dictada en primera instancia, que era el objetivo final del recurso.

#### 4. LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 3, 15, 16, 83, 100, 105 y 106 de la LCS.

STS del pleno (Sala 1ª), núm. 129/2023, de 31 de enero.

STS del pleno (Sala 1ª) núm. 736/2016, de 21 de diciembre.

STS del (Sala 4ª) de 14 de abril de 2010 (rec. 1813/2009).



## CONCLUSIÓN:

La sentencia analizada representa un pronunciamiento de notable importancia en la interpretación de los contratos de seguro de vida con cobertura de invalidez permanente. El litigio se origina en la negativa de la aseguradora demandada a abonar la indemnización a su asegurado, a quien se le diagnosticó un adenocarcinoma de pulmón durante la vigencia de la póliza, pero cuya declaración oficial de invalidez por el INSS se produjo meses después de que el contrato se extinguiera por impago. La controversia se centró en determinar el momento del siniestro, es decir, si entiende producido con el diagnóstico de una enfermedad ya irreversible, o en la posterior resolución administrativa que la declara oficialmente.

El Tribunal Supremo, en una decisión que unifica doctrina y refuerza la protección del asegurado, ha resuelto la cuestión desestimando el recurso de la aseguradora y estableciendo una interpretación material del concepto de siniestro. Si bien, la Sala Primera reconoce que la regla general sitúa el momento del siniestro en la fecha de la declaración oficial de incapacidad, introduce una excepción fundamental y equitativa: cuando se demuestre que la enfermedad causante de la invalidez era ya permanente e irreversible durante la vigencia de la póliza, el siniestro puede y debe retrotraerse a ese momento médico. De esta forma, nuestro Alto Tribunal resuelve que en el presente caso, el siniestro ocurrió en 2009 con el diagnóstico del adenocarcinoma, siendo la resolución del INSS de 2011 meramente declarativa de una situación preexistente.

Esta sentencia resulta trascendental tanto para el asegurado, pues refuerza su posición al impedir que la cobertura dependa de la duración, a menudo prolongada, de los trámites administrativos, así como para las aseguradoras, pues incide en la importancia capital de la redacción del clausulado. Si su intención es vincular inequívocamente el siniestro a la resolución administrativa, deben hacerlo de forma explícita, asumiendo que dicha cláusula será muy probablemente calificada como limitativa y deberá superar el doble control de transparencia (destacado y aceptación expresa por escrito) que impone el artículo 3 de la LCS.

A pesar de su gran valor y rigor intrínsecos, debemos de realizar una "crítica" práctica a esta sentencia, pues de forma muy probable su aplicación desplazará el debate probatorio hacia la determinación del momento exacto en que una patología se considera "permanente e irreversible".

Esta situación, supondrá un incremento muy significativo en la carga probatoria para las partes, quienes deberán aportar las periciales necesarias para establecer la fecha precisa de consolidación de la invalidez.