



Roj: **STS 3419/2019 - ECLI:ES:TS:2019:3419**

Id Cendoj: **28079110012019100544**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **04/11/2019**

Nº de Recurso: **1302/2017**

Nº de Resolución: **570/2019**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP B 13632/2016,**
STS 3419/2019

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 570/2019

Fecha de sentencia: 04/11/2019

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 1302/2017

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 16/10/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. Jose Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: AUD.PROVINCIAL SECCION N. 19

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 1302/2017

Ponente: Excmo. Sr. D. Jose Luis Seoane Spiegelberg

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 570/2019

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Antonio Salas Carceller

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D.^a M.^a Angeles Parra Lucan

D. Jose Luis Seoane Spiegelberg



En Madrid, a 4 de noviembre de 2019.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuesto por D. Salvador , representado por la procuradora D.ª Milagros Duret Arguello, bajo la dirección letrada de D.ª María Ángeles González Martín, contra la sentencia núm. 420/16, dictada por la Sección Decimonovena de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación núm. 563/2015, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario núm. 558/2014 del Juzgado de Primera Instancia núm. 30 de Barcelona, sobre reclamación de cantidad. Ha sido parte recurrida Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, que no ha comparecido en las presentes actuaciones.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Jose Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia.*

1.- La procuradora D.ª María Pilar Albarca Arazuri, en nombre y representación de don Salvador , interpuso demanda de juicio ordinario contra Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, en la que solicitaba se dictara sentencia:

"[...] por la que estimando la presente demanda, se condene a la demandada a abonar al Sr. Salvador :

"1.- La cantidad de 600000.-€ (seiscientos mil euros), por constituir dicho importe la cantidad devengada por la Incapacidad Permanente absoluta derivada de accidente cubierto por la póliza de seguros, en méritos de la cobertura de la garantía en caso de uso de medio de transporte público pagado con la tarjeta bancaria asociada a dicha póliza, con más los intereses del artículo 20 de la ley de Contrato de Seguro, y todo ello, con expresa imposición de las costas que puedan generarse.

"2.- Subsidiariamente, y para el supuesto de que se entendiese que no procede el devengo de la garantía a que se ha hecho referencia en la petición 1, se proceda a condenar a la aseguradora, en la cantidad de 300000.-€ (trescientos mil euros), por constituir dicho importe la cantidad devengada por la Incapacidad Permanente absoluta derivada de accidente cubierto por la póliza de seguros, en méritos de la cobertura por la garantía en caso de uso de automóvil de alquiler, con más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguros, y todo ello, con expresa imposición de las costas que puedan generarse".

2.- La demanda fue presentada el 30 de abril de 2014 y repartida al Juzgado de Primera Instancia núm. 30 de Barcelona se registró con el núm. 558/2014. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.- El procurador D. Ignacio López Chocarro, en representación de Segurcaixa-Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al Juzgado:

"[...] dicte sentencia desestimando la demanda, absolviendo libremente a mi representada de los pedimentos que en ella se contienen, con expresa imposición de costas a la parte actora por ser preceptivas".

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, el Magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia núm. 30 de Barcelona dictó sentencia de fecha 24 de marzo de 2015, con la siguiente parte dispositiva:

"Desestimando la demanda interpuesta por la Procuradora Sra. Albarca Arazuri, en representación de D. Salvador , DNI: NUM000 , absuelvo a la entidad "Segurcaixa - Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros", CIF: A-28011864, de los pedimentos efectuados en su contra.

"Todo ello con imposición de costas a la parte actora".

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia.*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D. Salvador .

2.- La resolución de este recurso correspondió a la sección Decimonovena de la Audiencia Provincial de Barcelona, que lo tramitó con el número de rollo 563/2015 y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 21 de diciembre de 2016, cuya parte dispositiva dispone:

"FALLAMOS: Estimar en parte el recurso de apelación interpuesto por la parte actora Salvador contra la sentencia de fecha 24 de marzo de 2015 dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 30 de Barcelona, y revocar íntegramente la sentencia y con estimación parcial de la demanda interpuesta por Salvador frene a Segurcaixa Adeslas, S.A, condenamos íntegramente a la demandada a pagar al actora la suma de 84.000 euros en méritos de la cobertura prevista en la cláusula 3.2.2 apartado b) de la póliza colectiva de accidentes objeto de autos; todo ello sin efectuar expresa declaración de las costas causadas en ninguna de las dos instancias".



TERCERO .- *Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.*

1.- La procuradora D.^a Pilar Albacar Arazuri, en representación de D. Salvador , interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

Los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal fueron:

"Primero.- Al amparo del art. 469.1.2º LEC por infracción del art. 209 LEC, en relación con el art. 216 LEC: omisión en la sentencia del último informe de L'Instut Català d'Avaluacions Mèdiques de 6/5/2010, aportado en forma legal a las actuaciones y en el que se recoge como nueva secuela un trastorno depresivo grave, con lo cual el fallo no incluye la indemnización por dicha secuela. Denegación de la integración del fallo mediante Auto de 26/1/2017 sin motivación alguna. Error material.

"Segundo.- Al amparo del art. 469.1.2º LEC por infracción del art. 218 en relación con el art. 215 LEC: falta total de motivación del auto de 26/1/17 que deniega la integración e sentencia solicitada y por lo tanto falta de motivación de la sentencia de 21/12/16 a la cual complementa.

"Tercero.- Al amparo del art. 469.1.2º LEC por infracción del art. 209 LEC, en relación con el art. 216 LEC: por no otorgar valor probatorio a la sentencia del Juzgado de lo Social en que se concede al actor la invalidez permanente absoluta, sin que existan en autos informes o dictámenes médicos que la contradigan".

Los motivos del recurso de casación fueron:

"Motivo primero.- Al amparo del art. 477.1 LEC por infracción de los arts. 2 y 3 Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en relación al art. 100 LCS, así como de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que los desarrolla:

"Inaplicabilidad de la cláusula 2 que define el término "Invalidez permanente total" de la póliza de seguros por tratarse de una cláusula abusiva y limitativa de derecho del asegurado en un contrato colectivo de adhesión que no ha sido destacada de modo especial ni aceptada específicamente por escrito. Inaplicación por la sentencia de la cobertura de "invalidez permanente total" por analogía al hallarse el actor en situación de incapacidad permanente absoluta declarada judicialmente para desempeñar su trabajo habitual. Falta de interpretación teleológica de la cobertura de la visa oro como póliza laboral colectiva por parte de la sentencia.

"Motivo segundo.- Al amparo del art. 477.1 LEC por infracción del art. 1288 Código Civil, en relación con el art. 1281 Cc, 1256 Cc, y art. 80 ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, así como infracción de la doctrina jurisprudencial de la Sala Civil del Tribunal Supremo relativa a las cláusulas oscuras o contradictorias de los contratos: interpretación "contra proferentem": falta de claridad de la cláusula delimitativa de la invalidez permanente total en la póliza por oponerse al enunciado general. Extensión de la cláusula por analogía a la invalidez permanente total. Interpretación a favor del asegurado.

"Motivo tercero.- Al amparo del art. 477.1 LEC por infracción del art. 20 Ley Contrato de Seguro, así como de la jurisprudencia que lo desarrolla:

"Inaplicación por la sentencia del art. 20 LCS al no imponer los intereses de demora a la aseguradora. Aplicación indebida del art. 20.8º LCS, al no concurrir causa de incertidumbre sobre la cobertura de la póliza que justifique la mora de la aseguradora".

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 27 de febrero 2019, cuya parte dispositiva es como sigue:

"1.º) Admitir los recursos extraordinarios por infracción procesal y de casación interpuestos por la representación procesal de D. Salvador , contra la sentencia dictada, con fecha 21 de diciembre de 2016 por la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 19.ª), en el rollo de apelación n.º 563/2015, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 558/2014 del Juzgado de Primera Instancia n.º 30 de Barcelona.

"2.º) Queden las actuaciones pendientes de señalamiento para cuando por turno corresponda".

3.- Por providencia de 16 de septiembre de 2019 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver los recursos sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 16 de octubre de presente, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Antecedentes del hecho.*



1.- El demandante D. Salvador , como titular de la tarjeta Visa Or Businnes de la Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona, abonó el suplemento correspondiente a la modificación de la fecha de un pasaje de avión con la compañía Vueling Barcelona-Málaga-Madrid, con salida el 10 de octubre de 2009 y regreso el 12 de octubre siguiente, lo que le comportó unos gastos adicionales de 70 euros.

2.- Sobre la 1 hora a.m. del día 12 de octubre de 2019, cuando el actor, al volante de un vehículo de alquiler, se dirigía desde Almería a Málaga, para devolver dicho turismo a las 5.30 horas, y tomar el vuelo de regreso a Barcelona a las 7 horas, sufrió un accidente de tráfico, al invadir el sentido contrario de su marcha e impactar con un vehículo articulado, en el interior del túnel de la Rijana, carretera N-340, a la altura del punto kilométrico 349,400, Chiclana de la Frontera. A consecuencia de dicha colisión resultó lesionado.

3.- Como titular de la referida tarjeta visa el demandante disfrutaba de un contrato de seguro de accidentes, que había sido concertado por la Caixa, en condición de entidad tomadora, con la compañía SegurCaixa, en cuya póliza se reconocía expresamente, bajo la firma de la tomadora, que había recibido de la aseguradora la información previa preceptiva, así como las condiciones particulares del contrato de seguro, así como las condiciones generales, integradas en dichas condiciones particulares.

En negrilla se hacía constar: "El abajo firmante conoce y acepta especialmente las exclusiones y cláusulas limitativas de sus derechos que figuran destacadas en las condiciones generales cláusula 2, 3, 5 y 10 y en las cláusulas 4, 5.7 y 5.9.5 referente a los riesgos excluidos".

Como grupo asegurable: "conjunto de personas físicas delimitado por alguna característica común ajena al propósito de contratar un seguro".

Todas las páginas de las condiciones generales aparecen firmadas por la tomadora.

4.- Según dictamen médico, emitido el 15 de marzo de 2010, por el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas, el actor padecía: Fractura de la falange del primer dedo de pie derecho tratada en dos ocasiones quirúrgicamente con secuela de tumefacción, limitación movilidad y algias susceptible de nueva intervención paliativa; hipoacusia con pérdida de oído derecho del 8%, el izquierdo 22,5%, global del 10%, acufenos en tratamiento médico pendiente de evolución. En el informe de dicho centro de 6 de mayo de 2010 se adicionó una depresión mayor.

5.- En la condición general segunda del certificado de seguro facilitado al demandante, bajo la denominación definiciones figura:

"Invalidez permanente parcial: cuando como consecuencia directa del accidente cubierto y dentro del plazo de un año desde la ocurrencia se manifiesten en el asegurado secuelas físicas irreversibles, no englobables en los supuestos de invalidez permanente total.

"Invalidez permanente total: cuando a consecuencia del accidente cubierto y dentro del término de un año después de haber sucedido, se manifiesten en el asegurado las siguientes pérdidas irreversibles:

"-Ceguera absoluta o pérdida total de la visión de un ojo.

"-Parálisis completa.

"-Pérdida de uno o varios de estos miembros: mano, pie, brazo o pierna.

"Titular de la tarjeta: persona física a cuyo nombre se haya expedido la tarjeta con carácter personal e intransferible, a petición del titular del contrato de tarjeta".

En la cláusula 3.2.3 se refiere al capital asegurado, y, en el apartado a), figura: "capital por fallecimiento o invalidez permanente total derivado de accidente cubierto: 600.000 euros por asegurado", y, en apartado b) de dicha cláusula, se hace constar que:

"Capital de invalidez permanente parcial por accidente cubierto, el importe de la indemnización a satisfacer se corresponderá con un porcentaje del capital previsto para la invalidez permanente total, conforme al siguiente baremo:

"-Sordera completa: 60%

"-Sordera completa de un oído: 15%

"Pérdida o inutilización absoluta:

"-Del dedo pulgar: derecho 22%, izquierdo 18%.

"-Del Dedo índice: derecho 15%, izquierdo 12%.

"-De uno de los demás dedos de la mano: derecha 8% e izquierda 6%



"-Del dedo gordo del pie: 8%

"-De uno de los demás dedos del pie: 3%

"Las lesiones permanentes no especificadas anteriormente serán indemnizadas en proporción a la gravedad de las mismas, comparándola a la de los casos ya enumerados [...]".

6.- Por sentencia firme dictada por el Juzgado de lo Social nº 14 de Barcelona, el demandante fue declarado en situación de incapacidad permanente absoluta derivada de accidente, siendo la profesión del demandante la de periodista.

7.- El actor, tras la producción del siniestro, a los efectos de reclamar de la compañía de seguros la indemnización correspondiente por el accidente sufrido aportó informes médicos y de la Seguridad Social, que había manipulado, por los que fue condenado penalmente por sentencia de fecha 23 de septiembre de 2013, dictada por la sección 6ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, como autor de un delito de estafa, en grado de tentativa, en concurso medial con un delito continuado de falsedad en documento público y oficial. Dicha sentencia fue casada por otra de fecha 22 de mayo de 2014, dictada por la Sala 2ª del Tribunal Supremo, al entender que la condena impuesta debería ser por delito de falsedad en documento público y oficial en concurso medial con un delito de estafa, manteniéndose invariables los hechos declarados probados y rebajando la pena por el primero de los mentados ilícitos criminales.

8.- El actor presentó demanda cuyo conocimiento correspondió, por turno de reparto, al Juzgado de Primera Instancia nº 30 de Barcelona, postulando la condena de la compañía de seguros demandada, actualmente Segurcaixa Adeslas S.A., a abonar al actor la suma de 600.000 euros, por la incapacidad permanente absoluta derivada del accidente cubierto por la póliza de seguros, con los intereses del art. 20 de la LCS; y, subsidiariamente, se procediese a condenar a la demandada a satisfacer la suma de 300.000 euros, derivada de la incapacidad permanente absoluta sufrida, para el caso de considerar que la cobertura provenía de la garantía de uso de turismo de alquiler, todo ello con los mismos intereses, y en ambos supuestos con expresa condena en costas.

9.- Seguido el juicio, en todos sus trámites, se dictó sentencia por el referido Juzgado, desestimando la demanda. Interpuesto recurso de apelación, la sección 19 de la Audiencia Provincial de Barcelona dictó sentencia, que revocando la recurrida, consideró que el accidente estaba cubierto por la póliza, concretamente bajo el apartado 3.2.2 b) de la misma, que incluye los accidentes que ocurran "el día de salida programado al dirigirse directamente, desde el domicilio habitual o el lugar de trabajo de la persona asegurada, al aeropuerto, puerto o estación, con el fin de subir a bordo de un transporte público autorizado a los efectos de realizar el viaje cubierto, siempre que la persona asegurada esté en posesión del justificante de haber pagado el transporte público autorizado con la tarjeta referida", y aplicando las condiciones de la póliza procedió a indemnizar al actor en la suma de 84.000 euros, considerando como secuelas derivadas del accidente las que figuran en el dictamen médico emitido el 15 de marzo de 2010 por el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas.

10.- El 30 de diciembre de 2016 el actor formuló petición de integración del fallo y subsanación de la omisión producida por no haber incluido la secuela de trastorno depresivo mayor, que fue desestimada por auto de 26 de enero de 2017. Contra la precitada sentencia se interpuso por el demandante recurso extraordinario por infracción procesal y casación.

SEGUNDO.- *Recurso extraordinario por infracción procesal.*

El precitado recurso se fundamenta en la alegación de las tres siguientes causas:

Al amparo del art. 469.1.2º LEC, por infracción del art. 209 de la LEC, con el art. 216 LEC, omisión en la sentencia del último informe de L'Institut Català D'Avaluacions Mèdiques de 6 de mayo de 2010, aportado en forma legal a las actuaciones y en el que se recoge como nueva secuela un trastorno depresivo grave, con lo cual el fallo no incluye la indemnización por dicha secuela y denegación de la integración del fallo mediante auto de 26 de enero de 2017, sin motivación alguna, error material.

Conforme al art. 469.1.2º LEC, por infracción del art. 218 LEC, en relación con el art. 215 de la LEC, por falta total de motivación del auto de 26 de enero de 2017, que deniega la integración de sentencia solicitada, y, por lo tanto, falta de motivación de la sentencia de 21 de diciembre de 2016 a la cual complementa.

Por último, al amparo del art. 469.1.2 LEC, por infracción del art. 209 LEC, en relación con el art. 216 LEC, por no otorgar valor probatorio a la sentencia del Juzgado de lo Social, en que se concede al actor la invalidez permanente absoluta, sin que existan en autos informes o dictámenes médicos que la contradigan.

Los mentados motivos por infracción procesal serán objeto de examen conjunto. En primer término, señalar que no se considera infringido el art. 209 de la LEC, que es el concerniente a la forma y contenido de la



sentencia, puesto que la resolución de la Audiencia cumple con tales exigencias formales, en tanto en cuanto contiene su encabezamiento, antecedentes de hecho circunscritos a un recurso de apelación, fundamentación jurídica y fallo, en que se estima parcialmente la demanda, considerando el siniestro acaecido, objeto de cobertura, en virtud de los términos de la póliza suscrita, fijando la indemnización que se consideró procedente.

Por otra parte, la sentencia sí se encuentra motivada, toda vez que en la misma se explicitan las razones por mor de las cuales no se estima íntegramente la pretensión del actor, y se fija la indemnización, con base en el primero de los informes elaborado por el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques de 15 de marzo de 2010.

Es cierto, que aparece otro ulterior de 6 de mayo de 2010, en que se adiciona una depresión mayor; mas en tal caso se debió haber recurrido por la vía del art. 469.1.4º de la LEC, por vulneración del derecho fundamental a la tutela judicial efectiva del art. 24.1 de la CE y jurisprudencia interpretativa, única posibilidad viable a tales efectos, en tanto en cuanto la valoración de la prueba es actividad procesal, que corresponde a la primera y segunda instancia, impropia de unos recursos extraordinarios como son los de infracción procesal y casación, salvo que, en tan esencial función, se atente de forma notoria al canon de razonabilidad, que ha de presidir cualquier resolución judicial, lo que acontece cuando tal apreciación sea absurda, patentemente errónea o arbitraria, con lesión del precitado derecho fundamental.

Por otra parte, las SSTs 418/2012, de 28 de junio, 262/2013, de 30 de abril, 44/2015, de 17 de febrero y 208/2019, de 5 de abril (entre otras muchas), tras reiterar la excepcionalidad del control de la valoración de la prueba efectuada por el Tribunal de segunda instancia, precisan que no todos los errores en la valoración probatoria tienen relevancia constitucional, dado que es necesario que concurren, entre otros requisitos, los siguientes: 1.º) que se trate de un error fáctico, -material o de hecho-, es decir, sobre las bases fácticas que han servido para sustentar la decisión; y 2.º) que sea patente, manifiesto, evidente o notorio, lo que se complementa con el hecho de que sea inmediatamente verificable de forma incontrovertible a partir de las actuaciones judiciales.

Pues bien, si la parte recurrente entendía que, en una apreciación conjunta de las pruebas practicadas, se produjo un error en la determinación de las secuelas indemnizables, por no haber considerado la sentencia de apelación el informe de 6 de mayo de 2010, que adicionó a la patología del actor una depresión mayor, no apreciada precedentemente, habría que recurrir por la vía antes indicada, no dando por supuesto que se debió aceptar este último informe, cuando no aparece referencia a dicha enfermedad hasta el 6 de abril de 2010, casi seis meses después del accidente, y máxime cuando es preciso que quede acreditado, independientemente de la existencia de tal dolencia, su relación causal con el accidente acaecido el 12 de octubre de 2009. Una cosa es que se tenga en cuenta dicha dolencia, así como la obesidad mórbida tratada con reducción gástrica para declarar la invalidez permanente absoluta, y otra su relación causal con el accidente asegurado.

En definitiva, como hemos declarado "[...] deben considerarse suficientemente motivadas aquellas resoluciones que vengan apoyadas en razones que permitan invocar cuáles han sido los criterios jurídicos esenciales fundamentadores de la decisión, es decir, la ratio decidendi que ha determinado aquella" (SSTs 294/2012, de 18 de mayo, 95/2014, de 11 de marzo, 759/2015, de 30 de diciembre, 459/2019, de 22 de julio y 491/2019, de 24 de septiembre), y, en este caso, la sentencia de la Audiencia cumple dichas exigencias, por lo que este concreto causal del recurso extraordinario por infracción procesal deber ser igualmente desestimado.

Se señala además que se debió de dar por acreditada la existencia de una incapacidad permanente total apreciada por la jurisdicción social, y, por consiguiente, indemnizado al actor con la suma de 600.000 euros; mas la sentencia no vulnera la normativa procesal, cuando, aplicando el derecho sustantivo e interpretando la póliza de seguros suscrita, fija la indemnización que se estima procedente según las condiciones contractuales del seguro. Los posibles errores *in iudicando*, en que hubiera podido incurrir entonces la sentencia de segunda instancia, ya no serían de naturaleza adjetiva o procesal, sino material o sustantiva, fiscalizables a través del recurso de casación igualmente interpuesto.

TERCERO.- Recurso de casación.

Al amparo del art. 477.1 LEC por infracción de los arts. 2 y 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en relación con el art. 100 de la LCS, así como de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que los desarrolla. En este motivo de casación se denuncia que nos encontramos ante una cláusula abusiva y limitativa de los derechos del asegurado en un contrato de adhesión, que no ha sido destacada de modo especial, ni aceptada específicamente por escrito. La limitación contractual de los supuestos de incapacidad permanente total a los reseñados en la póliza, obviando cualquier otra lesión o secuela que produzca dicho efecto invalidante, vulnera el art. 3 de la LCS.

En principio indicar que una cosa es la declaración de incapacidad permanente absoluta proclamada por la jurisdicción social y otra los términos de la póliza de seguro, que contiene los concretos elementos definidores



del riesgo asegurado, el objeto de la cobertura y la indemnización procedente, cuyo conocimiento corresponde a la jurisdicción civil, como así se llevó a efecto por la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Barcelona, sin que exista entre ambas resoluciones obligada vinculación, pues examinan cuestiones que no guardan entre sí una relación de estricta dependencia.

Es cierto, que esta Sala se ha pronunciado sobre el carácter limitativo de la cláusulas insertas en las condiciones generales por la que se fijan porcentajes indemnizatorios, en función, no del grado de invalidez, sino por la concreta lesión orgánica que da lugar a la misma, sin que concurren los requisitos del art. 3 LCS (SSTS 394/2008, de 13 de mayo; 676/2008, de 15 de julio; 375/2011, de 7 de junio, 402/2015, de 14 de julio, de pleno, 541 y 543/2016, de 14 de septiembre).

En este sentido, la precitada STS 676/2008, de 15 de julio, que reiteraba la doctrina establecida por la sentencia núm. 1340/2007, de 11 de diciembre (y las que en ella se citan), se pronunció al respecto en los términos siguientes:

"[...] [l]a 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 invalidez 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)".

Por su parte, la STS 241/2016, de 14 de septiembre, señaló al respecto:

"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 las condiciones generales, en contradicción con las condiciones particulares, en las que únicamente figura una cifra fija (en este caso, 60.000), como importe de la indemnización por tal concepto, supone una cláusula limitativa, que requiere para su validez los requisitos del art. 3 LCS. Y en el presente supuesto, ni consta que el asegurado hubiera aceptado expresamente dicha limitación, ni siquiera que se le ofreciera la posibilidad de hacerlo, mediante el oportuno boletín de adhesión, o documento similar".

En el caso, que enjuiciamos, nos encontramos ante un seguro colectivo. A los seguros colectivos se refiere el art. artículo 81 de la LCS, cuando norma que el contrato puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas.

La diferenciación con los seguros individuales fue tratada extensamente en la sentencia núm. 1058/2007, de 18 de octubre, a cuya doctrina se remite la STS 541/2016, de 14 de septiembre, la cual se expresa en los términos siguientes:

"En los seguros colectivos o de grupo no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegurarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento (STS 6 de abril de 2001, rec. 878/1996).

"De acuerdo con el artículo 7 LCS, en los casos de distinción entre el tomador y el asegurado, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado. De este principio se infiere que la carga de información que pesa sobre el asegurador para cumplir con el principio de transparencia contractual está en relación con la posición que respectivamente ocupan en el contrato el tomador y el asegurado. Las exigencias formales que afectan a las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado impuestas por el artículo 3 LCS, entre las cuales figura la especial aceptación por parte de éste, deben ser interpretadas en consonancia con este principio.

"En los seguros colectivos, según se desprende de la jurisprudencia invocada (SSTS de 14 de junio de 1994 y 24 de junio de 1994), el tomador del seguro debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas. Esta exigencia resulta adecuada a la posición del tomador del seguro, en cuanto al contratar contra obligaciones como tal tomador, aunque el seguro tenga un carácter genérico y requiera para su perfección respecto de los distintos asegurados la declaración de voluntad individual en que consiste la adhesión.

"Sin embargo, la exigencia de transparencia contractual, especialmente en lo que afecta a las cláusulas limitativas, exige que, al menos cuando la perfección del contrato está subordinada a un acto de voluntad por



parte de solicitante, consistente en su adhesión al seguro colectivo, el asegurador cumpla con el deber de poner en conocimiento del asegurado dichas cláusulas limitativas con la claridad y énfasis exigido por la ley y recabe su aceptación especial, para lo cual constituye instrumento idóneo la solicitud de adhesión que se prevé para este tipo de seguros.

"Así lo declara la STS 27 de julio de 2006, rec. 2294/1999, la cual, en un supuesto de seguro colectivo en que "los únicos documentos que fueron facilitados al demandante fueron el boletín de adhesión y el certificado de seguro", declara la imposibilidad de oponer al asegurado el contenido de las cláusulas delimitadoras del riesgo incluidas en las cláusulas generales de la póliza, "por cuanto a ellas ha de proyectarse la voluntad contractual, en la medida en que integran el objeto del contrato, y sobre ellas ha de recaer el consentimiento que lo perfecciona, lo que se resume en la necesidad de aceptación de las mismas previo su conocimiento".

"Es menester, pues, que cuando la aseguradora interviene expidiendo un documento individual en favor del solicitante que se adhiere a un seguro colectivo y con ello presta su consentimiento para la perfección del contrato, haga constar en el expresado documento con suficiente claridad no sólo la cobertura del seguro, sino también la existencia de cláusulas limitativas, con los requisitos formales exigidos por el artículo 3 LCS".

Ahora bien, en el concreto caso que enjuiciamos, nos encontramos ante un contrato de seguro colectivo, que tiene las siguientes connotaciones, que lo separan de los supuestos fácticos contemplados en la invocada STS 541/2016, de 14 de septiembre y en las otras citadas, cuales son que es concertado por una entidad financiera, como servicio incorporado a la contratación de una tarjeta visa. La perfección del contrato no está subordinada a un acto de voluntad por parte del actor, consistente en su adhesión al seguro colectivo, sino que disfrutaba del mismo, por la mera circunstancia de ser titular de una tarjeta, sin abonar prima alguna, de forma individual o por medio de un colegio profesional del que formase parte. En la póliza se hace constar que es grupo asegurable el "conjunto de personas físicas delimitado por alguna característica común ajena al propósito de contratar un seguro".

No contamos con unas condiciones particulares, que fijen una cantidad de 600.000 euros por incapacidad permanente total y posteriormente otras que condicionen o restrinjan tal suma asegurada. No existe contradicción con las condiciones particulares, ya que en ellas no figura una cantidad fija por incapacidad permanente, limitada en las condiciones generales, sino que únicamente contamos con unas condiciones particulares y generales que se encuentran integradas en la póliza según consta en la misma, en donde figura, con carácter previo, lo que se entiende por incapacidad permanente total destacada en negrilla (condición segunda), y posteriormente sin fractura contractual, en la condición general 3.2.3. el capital asegurado, igualmente en negrilla, así como la forma de determinación de la indemnización para los casos definidos como invalidez permanente parcial. La póliza aparece enteramente suscrita en todas sus hojas por la entidad financiera tomadora del seguro.

En la STS 380/2019, de 1 de julio, se señaló, en un caso en que se invocaba la doctrina de la STS 543/2016, de 14 de septiembre, que "la doctrina que cita el recurrente es correcta, pero no resulta aplicable al presente caso; dado que en las propias condiciones particulares de la póliza, al fijar la suma de la indemnización, expresamente se refiere al baremo y se concretan los porcentajes de las cuantías a indemnizar".

Por su parte, la precitada STS 543/2016, de 14 de septiembre, sobre el carácter abusivo de las condiciones litigiosas, señala que, cuando el asegurado es un consumidor, ya viene establecida en la exposición de motivos de la Directiva 93/13/CEE, del Consejo, de 5 de abril de 1993, que:

"[...] en los casos de contratos de seguros las cláusulas que definen o delimitan claramente el riesgo asegurado y el compromiso del asegurador no son objeto de dicha apreciación (de abusividad), ya que dichas limitaciones se tienen en cuenta en el cálculo de la prima abonada por el consumidor".

En virtud del conjunto argumental antes expuesto este causal de casación no debe ser estimado.

CUARTO.- *Motivo de casación.*

Al amparo del art. 1288 del Código Civil, en relación con los arts. 1281 y ss. del CC, art. 80 de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, así como infracción de la doctrina jurisprudencial de la Sala Civil, relativa a las cláusulas oscuras o contradictorias.

Es cierto que la calificación de la relación jurídica de seguro como contrato de adhesión ha determinado la aplicación de la regla *interpretatio contra preferentem*, consagrada normativamente en el art. art. 1288 CC, según el cual la interpretación de las condiciones contractuales oscuras predispuestas por el asegurador nunca podrá beneficiar a este y perjudicar al asegurado (SSTS 20 de diciembre de 2002 y más recientemente 373/2019, de 27 de junio, entre otras); mas no es éste, el caso enjuiciado, en el cual la aplicación de las



condiciones contractuales llevada a efecto por la Audiencia es perfectamente coherente con las condiciones de la póliza, sin que las mismas ofrezcan contradicción u oscuridad, sino armonía y coherencia entre sí.

No consideramos tampoco, por ello, que se haya lesionado el art. 80.2 de la TRLGDCU, toda vez que no entendemos concurrente el supuesto de hecho condicionante de su aplicación, cual es la situación de duda sobre la que se construye su consecuencia jurídica, esto es la prevalencia de la intención más favorable al consumidor.

QUINTO.- *Motivo de casación.*

Por infracción del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro, al no concurrir causa de incertidumbre sobre la cobertura de la póliza que justifique la mora de la aseguradora. Tampoco podemos aceptar este nuevo motivo de casación.

La jurisprudencia ha declarado con reiteración que dichos intereses ostentan un carácter marcadamente sancionador, con una finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirven de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal, que pesa sobre el asegurador, como es la de proceder al oportuno pago de la correspondiente indemnización, capaz de proporcionar la restitución del derecho o interés legítimo del perjudicado.

Por ello, se impone una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración del daño, al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (SSTS 743/2012, de 4 de diciembre; 206/2016, de 5 de abril; 514/2016, de 21 de julio; 456/2016, de 5 de julio; 36/2017, de 20 de enero; 73/2017, de 8 de febrero, 26/2018, de 18 de enero y 56/2019, de 25 de enero entre otras).

No obstante, ha lugar a la aplicación de la excepción legal del art. 20.8 LCS, cuando de las circunstancias concurrentes, en el siniestro o del texto de la póliza, surge una incertidumbre sobre la cobertura del seguro, que hace precisa la intervención del órgano jurisdiccional ante la discrepancia existente entre las partes al respecto, en tanto en cuanto dicha incertidumbre no resulte despejada por la resolución judicial (SSTS 31/2018, de 30 de mayo, 29/2019, 17 de enero, 35/2019, de 17 de enero etc.).

Pues bien, en el presente caso, ante la inicial reclamación del asegurado, el 28 de enero de 2010, la compañía le hizo una oferta indemnizatoria de 42.000 euros, no aceptada por el recurrente, incorporando, entonces, documentos consistentes en informes médicos y resolución de la Seguridad Social falsas, pretendiendo ser indemnizado con la suma de 600.000 euros, por lo que se presentó la correspondiente denuncia penal, tramitada en los Juzgados de Instrucción de Barcelona, comprobándose la falaz actuación del demandante, que ulteriormente determinó su condena penal por la Audiencia Provincial de Barcelona, en sentencia de 23 de septiembre de 2013, dictada por su sección 6ª, como autor de un delito de estafa, en grado de tentativa, en concurso medial con un delito continuado de falsedad en documento público y oficial. Dicha sentencia recurrida, por el demandante, fue casada por otra de fecha 22 de mayo de 2014, dictada por la Sala 2ª del Tribunal Supremo, al discrepar se sobre la calificación jurídica de los delitos cometidos, con invariabilidad de los hechos probados, reputándolo como autor de un delito de falsedad en documento público y oficial, en concurso medial con un delito de estafa. El actor interpuso demanda civil, que fue admitida por decreto de 8 de mayo de 2014, desestimada en primera instancia y revocada en apelación.

En virtud de las consideraciones expuestas podemos deducir que la compañía de seguros se dispuso a la liquidación del siniestro, una vez adquirió constancia de la reclamación del actor, suspendiendo el resarcimiento del daño, de manera razonable y justificada, cuando comprobó que se aportó por el demandante documentación falsa para la cuantificación del daño, lo que así se refrendó por vía penal, incluso la reclamación del actor fue rechazada en primera instancia.

En otros precedentes jurisprudenciales de la existencia de un procedimiento criminal en curso no se impusieron dichos intereses, por ejemplo en el caso tratado por la STS 200/2019, de 28 de marzo, en el que había mediado una sentencia condenatoria del actor en vía penal e incertidumbre sobre la vigencia de la póliza por impago de una de las primas consecutivas. El argumento, en esta ocasión, fue el siguiente:

"De las referidas sentencias dictadas en vía penal, puede deducirse la existencia de una causa justificada para el impago de la cobertura (artº 20.8 de la LCS), dada la existencia de informes médicos alterados, que agravaban la enfermedad del asegurado, de tanta trascendencia que motivaron la paralización del procedimiento civil, por la concurrencia de una cuestión prejudicial penal, situación que razonadamente provocó la oposición de la aseguradora".

La sentencia de la Audiencia, en tanto en cuanto considera que concurre causa justificada para la no imposición del recargo moratorio, al haber sido preciso, a tenor de las circunstancias concurrentes, la presente contienda



judicial a fin de determinar la entidad del daño y correlativa existencia de la cobertura del seguro no vulnera la doctrina de este Tribunal.

Ahora bien, lo que debe ser corregido es que, a partir de la sentencia de la Audiencia, en que tales dudas han quedado despejadas, son de aplicación el mentado art. 20 de la LCS, pues ya se ha determinado la obligación de la compañía de hacer honor al seguro concertado, que ésta además no ha cuestionado.

SEXTO.- Costas.

De conformidad con lo previsto en art. 398.1 LEC, al haberse desestimado el recurso extraordinario por infracción procesal, deben imponerse a la recurrente las costas causadas, no así las de casación al haberse acogido en forma parcial en cuanto a la imposición de los intereses de demora del art. 20 LCS.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido :

1.º- Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por D. Salvador , contra la sentencia de fecha 21 de diciembre de 2016, dictada por la sección 19ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación núm. 563/2015.

2.º- Imponer a la recurrente las costas de dicho recurso.

3.º.- Estimar el recurso de casación, en el único sentido de declarar procede la condena de la compañía de seguros demandada a abonar los intereses del art. 20 de la LCS, desde la fecha de la sentencia de la Audiencia hasta el pago de esta indemnización, sin imposición de costas de dicho recurso.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

Antonio Salas Carceller Francisco Javier Arroyo Fiestas

M.ª Angeles Parra Lucan Jose Luis Seoane Spiegelberg