

# rc

Nº08 /  
Septiembre 2023

Revista de  
Responsabilidad Civil  
y Seguro

[www.inese.es](http://www.inese.es)

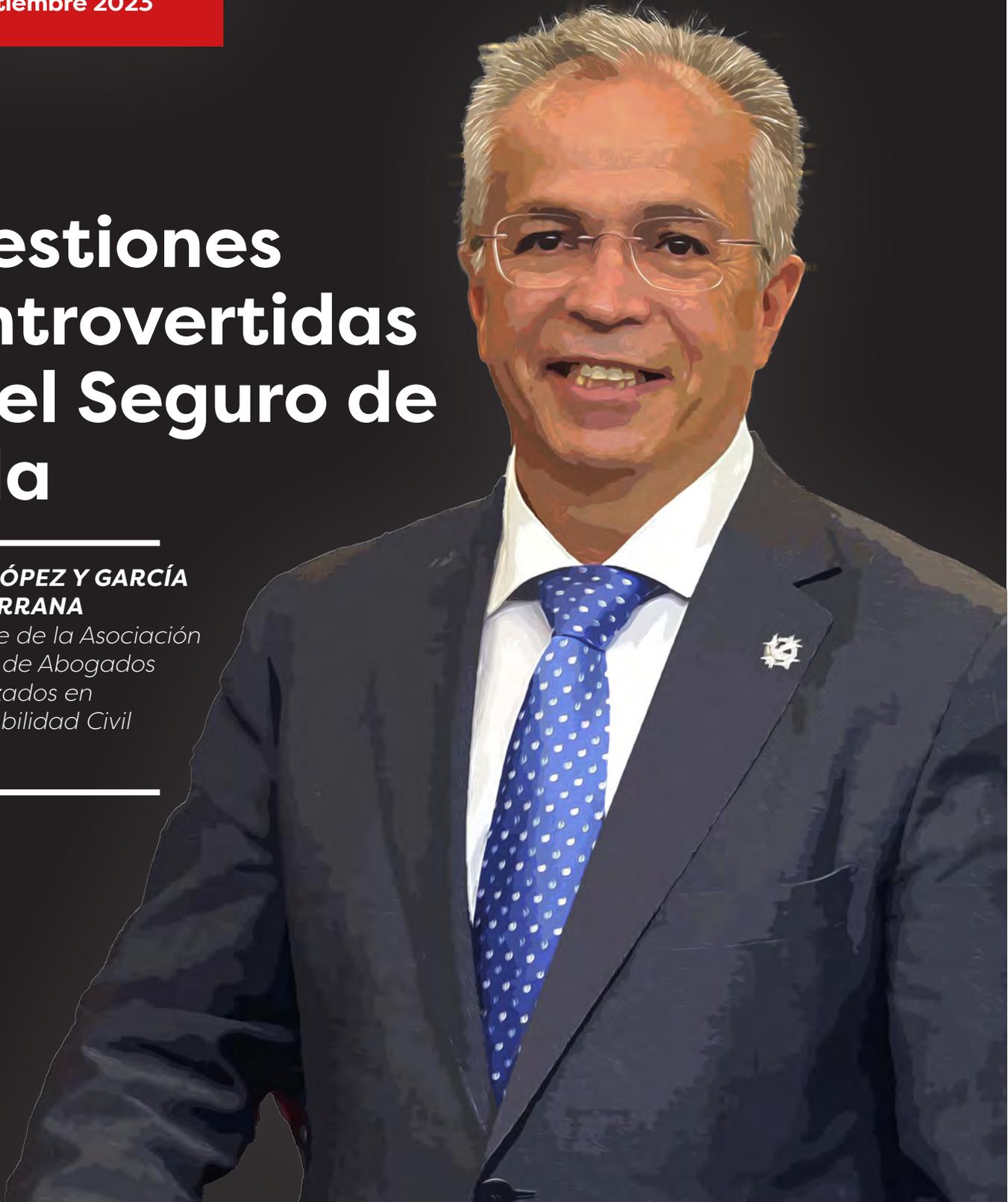
## Cuestiones controvertidas en el Seguro de Vida

---

**JAVIER LÓPEZ Y GARCÍA  
DE LA SERRANA**

*Presidente de la Asociación  
Española de Abogados  
Especializados en  
Responsabilidad Civil  
y Seguros*

---



Contrato de asistencia sanitaria en el extranjero. | Cláusulas delimitadoras del riesgo en el procedimiento penal.  
| Vulneración del derecho al honor por parte de la Ministra de Igualdad. | Daños causados por un camión al en-  
gancharse con un cable eléctrico | ¿Puede la aseguradora prohibir a su asegurado ceder a un tercero el crédito  
resarcitorio frente a ella?

**Javier López y García de la Serrana**

*Presidente de la Asociación Española de Abogados  
Especializados en Responsabilidad Civil y Seguros*



## Cuestiones controvertidas en el Seguro de Vida

### RESUMEN:

El autor de este trabajo hace un análisis técnico y jurisprudencial de los distintos problemas que en la práctica plantea el seguro de vida. Empieza analizando las modalidades del seguro de vida y su diferencia con el seguro de accidentes, así como con los seguros de daños, en los que rige el principio indemnizatorio. A continuación, hace un análisis exhaustivo de la problemática que plantea el impago de primas en esta modalidad aseguradora, en la que la Ley de Contrato de Seguro, a través del artículo 95, le otorga un tratamiento especial, derivado de las provisiones matemáticas que se van acumulando. Finaliza el trabajo con el estudio del cuestionario en este seguro y el supuesto especial de la determinación de la fecha de siniestro en los seguros de invalidez.

### ABSTRACT:

The author of this work makes a technical and jurisprudential analysis of the different issues that life insurance poses in practice. It begins by analyzing the modalities of life insurance and its difference with casualty insurance, as well as with damage insurance, in which the compensation principle rules. Next, it makes an exhaustive analysis of the issues arising by the non-payment of premiums in this insurance modality, to which the Insurance Contract Act, in article 95, grants a special treatment derived from the mathematical provisions that they accumulate. The work ends with the study of the questionnaire in this insurance and the special case of determining the date of occurrence in disability policies.

### PALABRAS CLAVE:

Seguros de vida; impago de la prima del seguro; cuestionario en el seguro de vida; seguros de accidentes; seguros de invalidez; provisiones matemáticas; concurrencia de seguros; principio indemnizatorio; derechos de rescate, reducción y anticipos.

### KEY WORDS:

Life insurance; non-payment premiums; life insurance questionnaire; casualty insurance; disability insurance; mathematical provisions; policy concurrence; compensation principle; rights of redemption, reduction and advances.

## SUMARIO

- 1.- INTRODUCCIÓN.
- 2.- ACUMULACIÓN DE PRESTACIONES EN LOS SEGUROS DE PERSONAS, DONDE NO OPERA EL RÉGIMEN DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS QUE CUBREN EL MISMO RIESGO.
- 3.- LOS SUPUESTOS DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE SALUD Y VIDA POR IMPAGO DE LA PRIMA SUCESIVA.
- 4.- LA IMPORTANCIA DEL CUESTIONARIO DE SALUD EN EL SEGURO DE VIDA.
- 5.- EL SUPUESTO ESPECIAL DE LA DETERMINACIÓN DE LA FECHA DE SINIESTRO EN LOS SEGUROS DE INVALIDEZ.
- 6.- LA COBERTURA DE INVALIDEZ “POR CUALQUIER CAUSA” SE ENTIENDE REFERIDA A SU ORIGEN NO A SU TIPOLOGÍA DE ABSOLUTA O TOTAL.
- 7.- BIBLIOGRAFÍA.

### 1.- INTRODUCCIÓN

El seguro de vida es un tipo un contrato o póliza por el cual una entidad aseguradora se compromete a pagar al beneficiario una prestación estipulada en el

caso de que el asegurado fallezca o sufra una incapacidad. Existen tres tipos de seguro de vida:

- Seguro de vida riesgo: para caso de fallecimiento o incapacidad.
- Seguro de vida ahorro: para caso de vida o supervivencia si el asegurado vive a partir de determinada fecha.
- Y habría un tercer tipo que sería mixto, una combinación de los dos anteriores.

Dentro del seguro de vida riesgo es frecuente el seguro de vida riesgo hipotecario. Se trata de un seguro que va asociado a la formalización de una hipoteca, normalmente inmobiliaria, y cubre la deuda del préstamo hipotecario en caso de fallecimiento o incapacidad del asegurado, hasta donde alcance para cancelar el capital pendiente de amortizar, y si hubiera exceso, se destinaría a cubrir cualquier otra deuda que tuviéramos con la entidad prestataria, y si a su vez, existiese exceso, iría destinado a los beneficiarios indicados en la póliza.

Asimismo, estos seguros suponen una acumulación de prestaciones en los seguros de personas, donde no opera el régimen de compensación de seguros que cubren el mismo riesgo, lo que, unido a una casuística especial en cuanto a la resolución del contrato de seguro de salud y vida por impago de la prima sucesiva, hacen de este seguro una figura jurídica especial, que hay que estudiar de manera profunda para llegar a conocerlo bien.

En el caso del seguro sobre la propia vida, es el temor de la muerte y la aspiración de precaver las consecuencias negativas que genera sobre las personas vinculadas con el asegurado, lo que explica el interés de la concertación del contrato; mientras que, en su modalidad de seguro de supervivencia, la obtención de una prestación económica, en forma de un capital o de una pensión periódica, una vez alcanzada cierta edad, para satisfacer las necesidades de una persona que normalmente coincide con la merma de su capacidad para generar ingresos.

Las primeras manifestaciones normativas del seguro de vida son tardías. La doctrina las encuentra en Inglaterra a principios del siglo XVIII. En España no se regula hasta el Código de Comercio de 1885. El art. 83 LCS, lo mismo que su antecedente legal constituido por el art. 416 de aquel Código, no define

lo que se entiende por un seguro de tal clase, sino que se limita a describir las variantes que permite, al señalar que es aquel en el cual: “el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente”.

GARRIGUES lo define como todo seguro en el cual la prestación del asegurador consista en el pago de un capital o de una renta de antemano fijados, que dependa de la duración de la vida de una persona<sup>1</sup>. En el seguro sobre la propia muerte, la previsión del tomador asegurado es altruista, en tanto en cuanto no puede ser receptor de la prestación de la compañía aseguradora, sino los beneficiarios designados, o, en su caso, los herederos.

Se trata de un seguro de suma, puesto que se garantiza la percepción de un capital previamente pactado por las partes que, a diferencia de los seguros de daños, discurre al margen de la entidad real del perjuicio efectivamente sufrido.

Es un seguro de capitalización, lo que permite la concertación de contratos de tal clase con distintas compañías aseguradoras. Naturalmente participa de las características comunes de los contratos de seguro, en el sentido de ser consensual, formal, oneroso, sinalagmático y aleatorio.

SEOANE SPIEGELBERG<sup>2</sup> aclara que, en la modalidad de seguro de personas para el caso de muerte, el riesgo es la incertidumbre sobre la duración de la vida humana, que constituye un evento “certus an”, toda vez que las personas estamos sometidas a la inexorable ley del fallecimiento, pero “incertus quando”, ya que ignoramos el concreto momento en el que tal fatal desenlace se producirá, dentro, claro está, de los límites temporales de supervivencia del género humano. En el supuesto del seguro de supervivencia es, por el contrario, un contrato “incertus an”, puesto que se ignora si la persona sobrevivirá en el período de vigencia del contrato, y “certus quando” en tanto

en cuanto se conoce de antemano el vencimiento de la póliza.

La jurisprudencia lo distingue del seguro de accidentes. Así en la sentencia del Pleno de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo de 15 de julio de 2020<sup>3</sup>, proclama que: “Tampoco cabe confundir el seguro de accidentes con el seguro de vida, en la medida en que en este es la muerte o la supervivencia, o ambas a la vez, las que conforman el objeto de la cobertura, que obliga a la compañía aseguradora a satisfacer al beneficiario un capital, renta u otras prestaciones convenidas (art. 83 LCS); mientras que lo que cubre el seguro de accidentes es la lesión corporal, que llegue a producir la muerte o la invalidez temporal o permanente del asegurado, como consecuencia del accidente (art. 100 LCS)”.

En este esfuerzo delimitador, la sentencia de la Sala 1.ª del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2003<sup>4</sup>, diferenció también el seguro de accidentes, del seguro de vida y del seguro de enfermedad, en los términos siguientes: “[...] en el seguro sobre la vida, para el caso de muerte, el riesgo asegurado es precisamente el fallecimiento de la persona, cualquiera que sea su causa, salvo que esta se encuentre excluida de manera expresa en la póliza (art. 91). En el seguro de enfermedad, el riesgo es precisamente la presencia de esta, que puede ser causa no solo de los gastos necesarios para su cuidado, sino también de una invalidez, temporal o permanente, pero, a diferencia de lo que sucede en el accidente, la enfermedad ha de deberse a unas causas diversas a las que producen este”.

La sentencia del Tribunal Supremo de 20 de febrero 2019<sup>5</sup>, consideró el contrato “standar link” celebrado entre las partes, como una manifestación del seguro de vida, al que es de aplicación el art. 20 LCS: “En el presente caso, atendida la modalidad del seguro suscrito y las estipulaciones contenidas en su póliza, deben realizarse las siguientes consideraciones. La entidad aseguradora comercializó el producto denominado como «Standar Link» como: «un

1 GARRIGUES DÍAZ-CABAÑATE, J.: “Contrato de seguro terrestre” (1983), página 489.

2 SEOANE SPIEGELBERG, J.L.: “El seguro de vida y sus distintas problemáticas”, ponencia presentada al XXI Congreso Nacional de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, Granada 11, 12 y 13 de noviembre de 2021. Ed. SEPIN, 2021.

3 Ponente: Excmo. Sr. D. Juan María Díaz Fraile.

4 Ponente: Excmo. Sr. D. Clemente Auger Liñán.

5 Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Javier Orduña Moreno



contrato de seguro de vida flexible, cuyo objetivo es la constitución de un capital de ahorro y una cobertura de fallecimiento». Definición del producto que vino reflejada en las condiciones generales del contrato (título segundo, objeto del seguro) y que se proyectó en las solicitudes de «Seguro Individual de vida» que suscribieron los asegurados. (...) El hecho de que el producto tuviera un incentivo de inversión, en la medida de que el capital de ahorro se realizaba mediante la inversión de primas periódicas y aportaciones extraordinarias en compra de participaciones, no altera su naturaleza o modalidad de contrato de seguro de vida, pues como se establece en las condiciones generales del contrato, conforme a las solicitudes suscritas por los asegurados, la entidad aseguradora venía obligada a garantizar bien el rescate parcial o global del capital invertido, o bien el pago a los beneficiarios del fondo acumulado en caso de fallecimiento del asegurado».

## **2.- ACUMULACIÓN DE PRESTACIONES EN LOS SEGUROS DE PERSONAS, DONDE NO OPERA EL RÉGIMEN DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS QUE CUBREN EL MISMO RIESGO**

Se prevé para el seguro de daños la posibilidad de que el mismo asegurado contrate dos pólizas con

distintas aseguradoras que cubran el mismo riesgo, lo que se denomina, doble aseguramiento o seguro múltiple. En concreto, nos referimos al supuesto contemplado en el artículo 32 de la LCS en el que se recoge lo siguiente: “Cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo tomador con distintos aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo el tomador del seguro o el asegurado deberán, salvo pacto en contrario, comunicar a cada asegurador los demás seguros que estipule. (...) Los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la propia suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de este límite el asegurado puede pedir a cada asegurador la indemnización debida, según el respectivo contrato.

En el ámbito del seguro de daños, cuando por el mismo tomador se suscriben varios contratos de seguro que aseguran el mismo riesgo, la práctica habitual es establecer un régimen de subsidiariedad entre ambas pólizas, así como introducir una cláusula que establezca la relación entre ambas, habiéndose declarado por la jurisprudencia que la misma tiene carácter delimitador.

Pero ¿qué ocurriría si dicho supuesto lo trasladamos al ámbito de un seguro de personas? Este es el caso que se enjuicia en sentencia del Tribunal Supremo de

11 de noviembre de 2019<sup>6</sup>, resultado de gran interés la respuesta que la Sala Primera da a este interesante conflicto.

El supuesto de hecho analizado en esta sentencia es la suscripción por un piloto de líneas aéreas, a través de la misma correduría, de dos pólizas de seguro que cubrían la pérdida temporal o definitiva, de la licencia de piloto. Un seguro con la compañía FIATC, vigente entre el 1 de octubre de 2006 y el 30 de septiembre de 2008, siendo la suma máxima asegurada de 450.700 €, y un seguro con la compañía Aviabel S.A., con vigencia desde el 1 de octubre de 2008. Simultáneamente, el mismo tomador tenía contratada otra póliza, a través del Sindicato de Pilotos (SEPLA), con la compañía FIATC, que cubría el mismo riesgo de pérdida de la licencia de piloto. La cláusula 3.1 del contrato de FIATC suscrito por medio de la correduría HWI tenía la siguiente redacción: "Limitaciones de la cobertura. - 1.- En caso de que un piloto asegurado hubiera contratado otra póliza de pérdida de licencia, y estuviera en vigor cuando el siniestro ocurriese, dicha póliza se considerará como un contrato primario de seguros. Esta póliza solamente pagará el exceso de las garantías pagaderas bajo la póliza primaria y solamente aquella cantidad, que después de ser añadida a la indemnización de la otra póliza, sea igual a la garantía máxima de esta póliza".

Entre octubre de 2008 y octubre de 2009, la compañía de seguros Aviabel abonó al tomador asegurador las cantidades mensuales pactadas en la póliza por incapacidad temporal, y el 13 de noviembre de 2009, fue declarado en incapacidad permanente por la Seguridad Social. Lo anterior, conllevó la pérdida de su licencia como piloto, por lo que fue indemnizado por FIATC en aplicación de la póliza suscrita a través del SEPLA en la suma de 162.273,27 €, que estaba en vigor en esa fecha. A su vez, el tomador asegurado formuló una demanda contra HWI España, FIATC y Aviabel, en la que solicitaba que se las condenara solidariamente al pago de 450.700 €, en concepto de indemnización por pérdida definitiva de licencia; más el interés del art. 20 de la LCS. Por su parte, Aviabel reconvino contra el actor en reclamación de las cantidades que le había pagado por la incapacidad temporal.

La sentencia de primera instancia estimó en parte la demanda. Condenó a FIATC a indemnizar al

demandante en la suma de 288.426,73 € (diferencia entre la suma asegurada y la abonada por la otra póliza), absolvió a las otras dos codemandadas, y estimó íntegramente la reconvencción. Recurrida la sentencia de primera instancia por el demandante, la Audiencia Provincial desestimó el recurso de apelación. En lo que ahora importa, consideró que la cláusula que permitió que del montante indemnizatorio pactado se descontara lo percibido de la misma compañía de seguros, en aplicación de otra póliza de seguro suscrita con ella, no era una cláusula limitativa sino delimitadora del riesgo. Frente a la sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria interpuso recurso de casación el tomador asegurado formulado al amparo del art. 477.2.3º de la LEC, el cual se enuncia en un único motivo, en el que se denuncia la infracción de los arts. 1.288 CC y 3 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS).

La argumentación jurídica de la sentencia de casación analiza el único motivo de casación planteado, que aduce que la cláusula por la que se ha reducido la indemnización solicitada en la demanda tiene la condición de limitativa y no meramente delimitadora del riesgo. Cita como infringidas las sentencias de esta sala núm. 895/2011, de 30 de noviembre; núm. 880/2011, de 28 de noviembre y núm. 77/2009, de 11 de febrero. Para abordar el recurso, la sentencia en primer lugar realiza un análisis sobre lo que la Sala Primera viene considerando cláusula delimitadoras y cláusula limitadoras del riesgo, de tal forma que mientras que las primeras concretan el objeto del contrato y fijan los riesgos que, en caso de producirse, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación por constituir el objeto del seguro, las segundas restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización o a la prestación garantizada en el contrato, una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido.

En este sentido, resulta de gran trascendencia la sentencia núm. 853/2006, de 11 de septiembre, la cual sienta una doctrina, recogida posteriormente en otras muchas resoluciones de esta sala, según la cual son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan: (i) qué riesgos constituyen dicho objeto; (ii) en qué cuantía; (iii) durante qué plazo; y (iv) en qué ámbito temporal.

Otras sentencias posteriores, como la núm. 82/2012, de 5 de marzo, entienden que debe incluirse en esta categoría la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada. Se trata, pues, como dijimos en la sentencia núm. 273/2016, de 22 de abril, de individualizar el riesgo y de establecer su base objetiva, eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o con arreglo al uso establecido, siempre que no delimiten el riesgo en forma contradictoria con las condiciones particulares del contrato o de manera infrecuente o inusual (cláusulas sorprendentes).

Por su parte, la jurisprudencia ha determinado de forma práctica, el concepto de cláusula limitativa, referenciándolo al contenido natural del contrato en relación con el alcance típico o usual que corresponde a su objeto, con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora<sup>7</sup>. Sentado lo anterior, se centra la sentencia en analizar la cuestión que realmente interesa, y que no es otra que determinar el alcance de la cláusula litigiosa (sobre seguro de personas múltiples o cumulativos). La cláusula incluida en la póliza individual de FIATC regula el seguro como complementario de otro que haya contratado el mismo asegurado, de modo que, conforme a su tenor literal, operaría como suplemento de lo abonado conforme al otro contrato, hasta el límite de la garantía máxima contratada.

Si se tratara de un seguro de daños, sería una previsión para situaciones de concurrencia de seguros similar a lo dispuesto en el art. 32 de la LCS<sup>8</sup>, cuyo sentido es que el seguro de daños garantice el resarcimiento completo del daño que efectivamente ha sufrido el asegurado, pero sin producir un beneficio indebido en el mismo y un perjuicio injusto en el asegurador. Por ello, la sentencia núm. 244/2005, de 14 de abril, en un caso de seguro de responsabilidad civil en el que coexistían dos pólizas de seguro sobre el mismo riesgo, si bien en régimen de subsidiariedad, declaró que la cláusula que establecía la relación entre ambos seguros a efectos de indemnización era delimitadora del riesgo.

Ahora bien, considera la sentencia que en este caso resulta relevante el hecho de que la concurrencia de seguros se produce en el ámbito del seguro de

personas, donde no opera la previsión del art. 32 de la LCS. El recurrente tenía concertadas dos pólizas de seguro de incapacidad profesional con la misma compañía -una individual y otra colectiva- para el mismo riesgo, que no es otro que la incapacidad profesional que implica la pérdida definitiva de la licencia de piloto. Es una opción contractual que tiene como finalidad cubrirse lo máximo posible ante una contingencia de enorme gravedad, como en este caso es la pérdida de las facultades para el ejercicio de la actividad profesional, pero que igualmente sucedería en otros supuestos, como por ejemplo si se contrataran varios seguros de vida para el riesgo de muerte del asegurado. En los seguros de personas no opera el principio de indemnización efectiva, propio de los seguros de daños, por lo que las prestaciones aseguradas en las pólizas de seguros de personas son acumulables entre ellas sin distribución proporcional.

Dicho lo anterior, concluye la Sala Primera en esta sentencia que: "Como quiera que en los seguros de personas no existe una previsión legal semejante a la del art. 32 de la LCS, una cláusula contractual que impide que el asegurado pueda percibir la totalidad de las sumas aseguradas, estableciendo un régimen de compensación entre las distintas pólizas, no puede ser conceptuada como de delimitadora del riesgo, sino que, claramente, limita los derechos del asegurado, en relación con el contenido natural del contrato, que supone que, en los seguros de personas, el asegurado pueda exigir el cumplimiento íntegro de cada contrato individual".

En consecuencia, considera que el recurso de casación debe ser estimado, y por tanto que corresponde asumir funciones de instancia, a fin de resolver el recurso de apelación, pero respecto de la única pretensión que ha sido mantenida en casación, la condena a FIATC al pago de 450.700 €, más los intereses legales del art. 20 de la LCS, puesto que las demás pretensiones no han sido reproducidas ante el Tribunal Supremo. De esta forma, y una vez que la Sala Primera ha establecido que la cláusula litigiosa era limitativa de los derechos del asegurado y constatado en las actuaciones que no reunía los requisitos del art. 3 de la LCS, puesto que ni estaba resaltada ni había sido aceptada expresamente por el piloto, el recurso

7 STS 273/2016, de 22 de abril; y STS 58/2019, de 29 de enero.

8 Seguro cumulativo, al que se refieren, verbigracia, las sentencias 783/2000, de 22 de julio; 1068/2002, de 14 de noviembre; 1136/2004, de 23 de noviembre; 1379/2008, de 3 de enero de 2009; y 205/2010, de 8 de abril.



de apelación es estimado. Y en su virtud, revoca parcialmente la sentencia de primera instancia, a fin de condenar a FIATC al pago de 450.700 €, más los intereses del art. 20 de la LCS desde el 9 de julio de 2010<sup>9</sup>, confirmándola en sus demás extremos.

Como conclusión final, vemos como nuevamente la Sala Primera del TS dicta una sentencia de gran utilidad, ya que de la lectura y comprensión de la misma se extrae que cuando nos encontremos en el ámbito de seguros de personas, y se contrate por el mismo tomador dos pólizas para cubrir el mismo riesgo y para el mismo periodo de tiempo, las aseguradoras deben cerciorarse de que la cláusula que impide que el asegurado pueda percibir la totalidad de las sumas aseguradas, estableciendo un régimen de compensación entre distintas pólizas, cumpla con los requisitos del artículo 3 de la LCS, ya que la misma

será considerada como limitativa de los derechos del asegurado.

La argumentación que lleva a la Sala Primera a resolver esta cuestión de forma distinta que cuando nos encontramos en el ámbito de seguro de daños es que, por un lado, en los seguros de personas no opera el principio de indemnización efectiva, propio de los seguros de daños, por lo que las prestaciones aseguradas en las pólizas de seguros de personas son acumulables entre ellas sin distribución proporcional, y por otro lado, que en los seguros de personas no existe una previsión legal semejante a la del art. 32 de la LCS, que establece que los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la propia suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Lo anterior conlleva, según el TS, a concluir que la posibilidad de introducir una cláusula contractual que impida que el asegurado pueda percibir la totalidad de las sumas aseguradas en un seguro de personas, estableciendo un régimen de compensación entre las distintas pólizas, no puede ser conceptuada como de delimitadora del riesgo, sino que, claramente limita los derechos del asegurado en relación con el contenido natural del contrato, que supone que en los seguros de personas, el asegurado pueda exigir el cumplimiento íntegro de cada contrato individual

### **3.- EL SUPUESTO DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE SALUD Y VIDA POR IMPAGO DE LA PRIMA SUCESIVA**

Una de las cuestiones más controvertidas y que más dudas está suscitando en el ámbito asegurador (sobre todo en los ramos de salud y vida) que ha surgido a raíz de la última jurisprudencia del Tribunal Supremo en materia de impago de primas, radica en la posibilidad de que la aseguradora pueda instar la resolución del contrato de seguro suscrito con el tomador, ante el impago de la prima sucesiva (ya sea anual o fraccionada) por causas imputables a éste, sin necesidad de esperar a que se produzca la extinción ex lege del contrato de seguro en virtud de lo dispuesto en el artículo 15.2 de la LCS.

Es decir, el objeto de estudio se centrará en resolver la siguiente cuestión: ¿es posible resolver los contratos de seguro ex art. 1.124 C.C, es decir, antes

9

Fecha de reclamación extrajudicial, que se fija en la demanda como "dies a quo".

de los 6 meses previstos en el artículo 15.2 de la LCS, tras el impago de la prima o fracción de la misma, previa suspensión a los 30 días del vencimiento de la prima o fracción?

### 3.1.- LA FACULTAD DEL ASEGURADOR DE RESOLVER EL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE IMPAGO DE LA PRIMA SUCESIVA

El artículo 15.2 de la LCS establece que “En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso”. A diferencia lo que se prevé en el párrafo primero de ese precepto para el impago de la primera prima (“el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima”), en el párrafo 2º no se menciona expresamente la facultad de resolver el contrato en caso de impago de la prima.

Este silencio legal llevó a que inicialmente doctrina tan autorizada como el prof. GARRIGUES<sup>10</sup> advirtiera que: “En este caso la ley no concede al asegurador el derecho a resolver el contrato, sino que le concede solamente el derecho a que quede en suspenso la cobertura del siniestro durante un mes después del día del vencimiento de la respectiva prima parcial”. Por el contrario, otra autoridad como el prof. SÁNCHEZ CALERO<sup>11</sup>, señaló que: “Estando suspendidos los efectos de la cobertura, el asegurador tiene la opción de pedir el pago de la prima pendiente o bien de resolver el contrato”, añadiendo que “El asegurador, como se ha dicho, tiene la facultad alternativa de resolver el contrato de seguro, mediante una denuncia unilateral del mismo. Aun cuando el apartado segundo del artículo 15 se centra en la suspensión del contrato y la extinción del contrato si el asegurador no reclama la prima dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, ha de entenderse, como se ha dicho, que tras el impago de una de las primas siguientes el asegurador tiene como facultad

alternativa la petición de resolución del contrato, con el fin desvincularse del mismo con efectos a partir del término de su suspensión. El ejercicio de esta facultad por parte del asegurador puede hacerse dentro del momento de la suspensión de la cobertura y antes de que se haya producido la extinción del contrato por el transcurso de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima impagada”.

Esta facultad de resolución del contrato tendría amparo en la facultad común prevista en el artículo 1.124 del Código Civil. Si bien el Tribunal Supremo tan sólo se ha pronunciado al respecto obiter dictum, no deja de ser una admisión explícita. Así, en la sentencia de 30 de junio de 2015, tras recordarse que a partir del mes siguiente al impago de la prima sucesiva y durante los cinco siguientes, la cobertura del seguro queda suspendida, advierte que eso será así “mientras el tomador siga sin pagar la prima y el asegurador no haya resuelto el contrato”. Por tanto, el propio Tribunal Supremo admite explícitamente esta facultad.

Expresamente admiten la resolución ex art. 1.124 C.C. y con mención a los requisitos, numerosas sentencias de Audiencias Provinciales, como las siguientes:

- SAP de Barcelona (Sección 14ª), de 10 de marzo de 2005: “En tal supuesto, el asegurador puede optar entre resolver el vínculo o exigir el abono de la prima pero mientras no ejercite la facultad de resolución, o no transcurra el plazo de seis meses desde el impago de la prima, el contrato subsiste. En tal situación el asegurador queda obligado a indemnizar al tercero perjudicado”.
- SAP de Alicante (Sección 8ª), de 19 de abril de 2005: “no consta comunicación fehaciente -que es lo que pretende la ley- de la resolución contractual a que se refiere el artículo 1.124 CC y, desde luego, el accidente ocurrió antes de que trascurrieran los seis meses desde el vencimiento de la prima. Esto tiene una clara significación jurídica frente a terceros ya que, transcurrido el mes siguiente al día del vencimiento de la prima impagada, durante los cinco meses siguientes, si el tomador continúa sin pagar la prima y la relación contractual no ha

10 GARRIGUES DÍAZ-CABAÑATE, J. “Contrato de Seguro Terrestre”, Madrid, 1982, pág. 112.

11 SÁNCHEZ CALERO, F. “Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones”, Cizur Menor, 2001, pág. 285 y págs. 287-288.

sido resuelta por el asegurador valiéndose de art. 1.124 del Código Civil, queda suspendida, dice el artículo 15 LCS, la cobertura del asegurador.

- SAP de Pontevedra (Sección 3ª), de 17 de julio de 2007: “En todo caso, ya se entienda que estemos ante una situación de impago de prestaciones periódicas de pago fraccionado de la prima como prestaciones plurales independientes, lo que conllevaría la aplicación del Art. 15.2 Ley de Contrato de Seguro del 80, ya consideremos, como aquí se entiende ocurre, que nos encontramos ante una primar única anual con pagos fraccionados trimestrales no siendo aplicable el Art. 15.1 ni el apartado 2 de la Ley de Contrato de Seguro, es llano que la concurrencia de impagos parciales habilitan igualmente a la aseguradora a instar la reclamación del abono de la fracción impagada o a resolver el contrato, resolución que se producirá con efectos “ex tunc” y que conllevaría la exigencia del resarcimiento de daños y abono de intereses, ex art. 1.124 CC. Lo que aquí sucede es que no concurre una declaración de la aseguradora al asegurado recepticia suficiente para considerarlo extinguido o resuelto, máxime cuando se obvia acreditar la efectiva recepción por el Sr. Luis Francisco de la misiva de 6-XII-03, siendo negada por éste su recepción antes del accidente, y reconociendo solamente que se le notificó luego su baja y la inadmisión del recibo atrasado del segundo trimestre.”
- SAP de Cádiz (Sección 2ª), de 10 septiembre de 2018, que sigue a la SAP de Valencia (Sección 7ª) de 8 de mayo de 2018: “Con todo, el impago de uno de los plazos en que se ha dividido la prestación del tomador del seguro sigue siendo relevante para determinar la resolución, a instancia del asegurador, del contrato de seguro, resolución que se producirá con efectos ex tunc y que podrá conllevar la exigencia del resarcimiento de los daños y perjuicios, todo ello de conformidad con lo establecido en el art. 1.124 del Código Civil. Así lo explica la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia, Sección 7ª, de 8/mayo/2018: (...) El impago del último plazo trimestral de la anualidad de 30-5-2012

a 30-5-2013, podía determinar la resolución del contrato a instancias de la aseguradora, pero no con efectos retroactivos sino con efectos “ex tunc” y consecuentemente el posible resarcimiento de daños y perjuicios conforme al art. 1.124 del CC, pero no excluir la cobertura de un siniestro que se produce durante la vigencia del contrato “.

Por tanto, vemos que en la llamada jurisprudencia menor se viene admitiendo que el impago de la prima sucesiva o de alguna de sus fracciones, faculta al asegurador a resolver el contrato de acuerdo con lo previsto en el art. 1.124 C.C., exigiéndose para ello una declaración unilateral del asegurador, recepticia (con comunicación al tomador) y que produciría efectos ex tunc. Sería de aplicación, en definitiva, la doctrina jurisprudencial recaída sobre la resolución unilateral por incumplimiento, de acuerdo a la cual la facultad resolutoria de los contratos “puede ejercitarse en nuestro ordenamiento, no sólo en la vía judicial sino mediante declaración no sujeta a forma y dirigida a la otra parte, a reserva de que sean los tribunales quienes examinen y sancionen su procedencia cuando es impugnada, bien negando el incumplimiento, bien rechazando la oportunidad de extinguir el contrato” (STS de 27 de marzo de 2007).

El ejercicio de la facultad de resolución del contrato es especialmente aconsejable en los seguros de responsabilidad civil, en los que tanto la doctrina científica como la jurisprudencia vienen considerando mayoritariamente que la suspensión del contrato no sería oponible a los terceros perjudicados en virtud del artículo 76 LCS. En concreto, según ha declarado el Tribunal Supremo (sentencia del pleno de la Sala 1ª 357/2015, de 30 de junio, seguida por varias como la sentencia de 3 junio 2016 y de 30 enero 2017): “A partir del mes siguiente al impago de la prima, y durante los cinco siguientes, mientras el tomador siga sin pagar la prima y el asegurador no haya resuelto el contrato, la cobertura del seguro queda suspendida. Esto significa que entre las partes no despliega efectos, en el sentido de que acaecido el siniestro en este tiempo, la aseguradora no lo cubre frente a su asegurada. Sin embargo, la suspensión de la cobertura del seguro no opera frente al tercero que ejercite la acción directa del art. 76 LCS”. Tras la resolución del contrato, ya no estaríamos ante una excepción de carácter personal inoponible al tercero perjudicado

(art. 76 LCS) sino de carácter objetivo, como sería la inexistencia del contrato.

Dicha resolución no sea tan necesaria en los seguros de salud y asistencia sanitaria, y en los de vida distintos a los previstos en el artículo 95 LCS (sobre éstos, v. infra apdo. 3), habida cuenta que tras el mes de gracia se produciría la suspensión de la cobertura, y a los seis meses su extinción ex lege (art. 15.2 LCS), sin que quepa considerar terceros perjudicados a los beneficiarios del seguro de vida, ni a los asegurados en los seguros de asistencia sanitaria o salud.

El Tribunal Supremo ha declarado que “la salvedad que representa el art. 76 LCS, con respecto al impago de la prima, no opera en el seguro de personas, como es el seguro de vida litigioso, tal y como resulta de las SSTs 357/2015, de 30 de junio; 472/2015, de 10 de septiembre; 374/2016, de 3 de junio; 58/2017, de 30 de enero; 684/2017, de 19 de diciembre y 489/2019, de 23 de septiembre” (sentencia de 11 de diciembre de 2019). En la citada sentencia de 23 de septiembre de 2019, niega la condición de terceros perjudicados no sólo al primer beneficiario (la entidad de crédito que concedió el préstamo) sino también a los herederos en tanto que directamente interesados en la efectividad del contrato de seguro: “El motivo ha de ser estimado porque el art. 76 LCS es una norma específica del seguro de responsabilidad civil, regulado en la Sección 8.ª del Título II de la LCS (“Seguro contra daños”) y, en cambio el seguro cuya efectividad se pide en la demanda es un seguro sobre la vida, regulado en la Sección 2.ª del Título III de la misma ley (“Seguro de personas”). Esto determina que, como argumenta la parte recurrente, los demandantes, padres del asegurado fallecido, no tuvieran la condición de terceros perjudicados del art. 76 LCS, sino la de directamente interesados en la efectividad del contrato de seguro en cuanto herederos del fallecido, pues aunque como primer beneficiario figurase el banco que le concedió el préstamo hipotecario, el seguro satisfacía un interés común o compartido entre el banco, el asegurado y los herederos de este como sucesores en sus derechos pero también en sus obligaciones (sentencias 222/2017, de 5 de abril, 528/2018, de 26 de septiembre, y 37/2019, de 21 de enero).”

### **3.2.- ¿SE CONSIDERA IMPAGADA LA PRIMA SI SE IMPAGA UNA DE LAS FRACCIONES DE LA MISMA?**

Es una cuestión que, aunque haya sido controvertida y aún presente algunas dudas, ha sido resuelta para todos los ramos en general, en el sentido de que lógicamente no haya que esperar a sucesivos incumplimientos o al impago del último fraccionamiento para que la prima se considere impagada y comiencen los efectos previstos en el artículo 15.2 LCS. Como se conoce, el Tribunal Supremo, en sentencia de 30 de junio de 2015 (seguida por la ss. de 10 de septiembre de 2015, 19 de diciembre de 2017 y últimamente por la sentencia de 11 de diciembre de 2019) tiene declarado que: “En casos como el presente, en que se ha fraccionado el pago de la prima y se deja de pagar el primer fraccionamiento, a su vencimiento, desde ese momento opera la previsión contenida en el art.15.2 LCS, la prima debe entenderse impagada, y por ello desde ese momento comienza el plazo de gracia de un mes, y a partir de entonces se suspende la cobertura del seguro, hasta la extinción del contrato a los seis meses del impago, siempre que en este tiempo no conste que la aseguradora ha optado por reclamar la prima”. Sobre el impago del segundo fraccionamiento de prima sucesiva, además sobre una póliza de seguro de vida, se pronunció el Tribunal Supremo en la citada sentencia de 10 de septiembre de 2015, señalando lo siguiente “transcurridos los seis meses desde este impago de la segunda prima, sin que el asegurador hubiera reclamado su pago, el contrato de seguro quedó extinguido de forma automática y por efecto de la propia disposición legal, sin que fuera preciso instar la resolución por alguna de las partes”. Esto es, ni era necesario denunciar la prórroga porque quedaba extinguido ex lege, ni era preciso (pero podía hacerse) resolver el contrato antes por incumplimiento.

### **3.3.- LA REGLA ESPECIAL DEL ARTÍCULO 95 LCS: LA REDUCCIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE IMPAGO DE LA PRIMA EN LOS SEGUROS DE VIDA**

#### **3.3.1.- CONTENIDO Y ALCANCE DEL PRECEPTO**

Para el seguro de vida, el artículo 95 LCS establece lo siguiente: “Una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no podrá ser superior a dos años desde la vigencia del contrato, no se aplicará el párrafo dos del artículo quince sobre falta de pago de la prima. A partir de dicho plazo, la falta de pago de la prima



producirá la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza.

La reducción del seguro se producirá igualmente cuando lo solicite el tomador, una vez transcurrido aquel plazo.

El tomador tiene derecho a la rehabilitación de la póliza, en cualquier momento, antes del fallecimiento del asegurado, debiendo cumplir para ello las condiciones establecidas en la póliza.”

Por su parte, el artículo 98 LCS excluye de esta regla especial a los seguros de supervivencia y a los seguros temporales para caso de muerte. En los seguros de vida cuyo período de cobertura sea superior al año, el asegurador ha de dotar la provisión

matemática, que se calcula con arreglo a la diferencia entre el valor actual actuarial de las obligaciones futuras del asegurador y las del tomador o, en su caso, del asegurado (art. 131 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; ROSSEAR).

Esa “diferencia” a provisionar es el “exceso” de prima abonada por el tomador para tratar de evitar el aumento progresivo que sufriría el coste de las primas (naturales) con el incremento constante del riesgo al aumentar su edad, de tal manera que la Ley opta por que en los casos en que el período de cobertura sea superior al año, el abono de la prima sea promedia o constante, de forma que con ella el tomador satisface tanto el riesgo corriente (el del año) como el exceso que se prevé para los sucesivos años por encima de la media. El asegurador debe reservar el “exceso” de prima en garantía del asegurado, a través de la provisión matemática.

Como ha señalado claramente el prof. GIRÓN: «cualquiera que sea el cálculo de la reserva matemática, siempre representa dinero del tomador en poder del asegurador, por lo que excede del riesgo asumido por éste, esto es, de su contrapartida contractual»<sup>12</sup>. Esto explica, entre otras instituciones, la existencia de este régimen legal peculiar para caso de impago de la prima: la reducción automática de la póliza, de modo que aunque el tomador deje de abonar las primas sucesivas, una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza (que no podrá ser superior a dos años desde la vigencia del contrato), no se aplicará el artículo 15.2 LCS, sino que a partir de dicho plazo, la falta de pago de la prima producirá la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza. En definitiva, con ello el contrato se mantiene, pero con una suma asegurada reducida, que aproximadamente equivale a aquella cifra.

Por tanto, el impago de la prima sucesiva en los seguros de vida para caso de muerte o mixtos (arts. 95 y 98 LCS) que no sean temporales sino que tengan un período de cobertura superior al año (art. 98 LCS y art. 131 ROSSEAR), no supone ni la suspensión ni la extinción ex lege del contrato previstos en el párrafo 2 del artículo 15 LCS, sino que conlleva la reducción

12 GIRÓN TENA, J. «Seguro de personas. Disposiciones comunes y Seguro sobre la Vida (arts. 80 a 99)», Comentarios a la Ley de Contrato de Seguro, Estudios Empresariales y Financieros dirigidos por Evelio Verdura y Tuells, Madrid, 1982, págs. 995-996.

automática de la suma asegurada conforme a la tabla de valores inserta en la póliza (SSTS de 19 de diciembre de 2017 y de 23 de septiembre de 2019). Por existir identidad de razón, consideramos que tampoco cabría la resolución del contrato a instancia del asegurador, sino que se mantendría con la reducción automática de la suma asegurada.

### **3.3.2.- ¿A QUÉ SEGUROS DE VIDA SE APLICA LA REDUCCIÓN AUTOMÁTICA DEL ARTÍCULO 95 DE LA LCS, Y EN PARTICULAR, SE PODRÍA APLICAR A LOS ANUALES RENOVABLES?**

En rigor, de la interpretación conjunta de los artículos 95 y 98 de la LCS, cabe deducir que la reducción automática sólo opera en los seguros de vida entera (los establecidos por un periodo de tiempo ilimitado hasta que se produzca el fallecimiento), en tanto que para los temporales para caso de muerte y para los seguros de supervivencia, no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 95. También se aplicaría a los seguros mixtos, si incluye seguro de vida entera.

Así, por ejemplo, podemos exponer un supuesto abordado por la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 11ª) en Sentencia nº 544/2019 de 3 octubre, en el que declara que no se aplica el artículo 95 sino el artículo 15 LCS, para un seguro temporal con una duración pactada hasta los 80 años del tomador: FD 4º (...) En este caso, la temporalidad del seguro contratado resulta de la propia póliza obrante en autos, cuando en la cláusula relativa a la duración del contrato se prevé como fecha de vencimiento el 9 de mayo de 2049, y, añade que: “ El contrato se establece por un año y se renovará anualmente, en cada aniversario, mediante el pago de la prima correspondiente a la edad y capital asegurado hasta que el Asegurado cumpla 80 años”. FD 5º- Tras declarar que el contrato objeto del procedimiento es un seguro temporal de vida, coincidimos con la aseguradora que no es de aplicación el art. 95 LCS que dice: “ Una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no podrá ser superior a dos años desde la vigencia del contrato, no se aplicará el párr. 2º art. 15 sobre falta de pago de la prima”, sino por el contrario el art. 98 LCS el cual establece que: “En los seguros de supervivencia y en los seguros temporales para caso de muerte no será de aplicación lo dispuesto

en los arts. 94, 95, 96 y 97. Los aseguradores podrán, no obstante, conceder al tomador los derechos de rescate, reducción y anticipos en los términos que se determinen en el contrato”.

Debe acudir, pues, al art. 15-2 LCS para resolver la cuestión controvertida, cuyo tenor recordemos es el siguiente: “En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso”.

Conforme a dicho precepto, transcurrido un mes desde que debiera haberse pagado la prima, la cobertura del seguro quedó suspendida, por lo que, en este caso, atendidos los hechos expuestos anteriormente, nos encontramos ante un siniestro acaecido cuando la cobertura del seguro estaba suspendida, con los consiguientes efectos.

No obstante, como se advierte en el artículo 98 de la LCS, aunque no estemos ante un seguro de vida entera para caso de muerte, los aseguradores podrán conceder al tomador los derechos de rescate, reducción y anticipos en los términos que se determinen en el contrato. Ello tiene especial sentido en los seguros de vida cuyo período de cobertura sea superior al año, para los que el asegurador ha de dotar la provisión matemática, que se calcula con arreglo a la diferencia entre el valor actual actuarial de las obligaciones futuras del asegurador y las del tomador o, en su caso, del asegurado (art. 131 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; ROSSEAR). Obviamente, esto tiene mayor sentido cuanto mayor sea la cantidad provisionada. Como explica TIRADO SUÁREZ, la razón por la que no existen valores garantizados en los seguros temporales se encuentra “en el hecho de que la provisión matemática es muy pequeña, ya que las primas son absorbidas por el riesgo, de manera que el saldo disponible, una deducidos los gastos de adquisición, es prácticamente nulo, por lo que los valores garantizados serían prácticamente inapreciables”<sup>13</sup>. Pero si la cantidad es grande por

ser muchos los años de la duración pactada para el contrato. aunque sea temporal, entendemos que resulta equitativo.

Es decir, en los seguros de vida de una duración superior al año, donde por Ley es obligatorio hacer provisión matemática, el artículo 98 permite que se pacte conceder al tomador el derecho de rescate para todo tipo de seguros, lo cual tendrá sentido en aquellas pólizas de larga duración (como ejemplo, el caso analizado en la sentencia), donde finalmente no se reconoce el derecho a la reducción porque no estaba pactado.

### **3.3.3.- QUÉ OPCIONES HAY ANTE EL IMPAGO PARA LOS SEGUROS DE VIDA A LOS QUE RESULTE DE APLICACIÓN EL ARTÍCULO 95 LCS**

Como dijimos, en los supuestos en los que se aplica el artículo 95, se excluye el artículo 15.2 LCS, por lo que la falta de pago de la prima producirá la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza. Tampoco cabría la resolución del contrato a instancia del asegurador, sino que se mantendría con la reducción automática de la suma asegurada. Esto es, hay que estar a la tabla de valores. Como indica el prof. TIRADO SUÁREZ<sup>14</sup>: “la póliza debe contener (...) un cuadro que fije el valor de reducción en función del número de primas satisfechas o periodo de seguro transcurrido y atendiendo al valor del capital asegurado y del periodo de tiempo que reste para su pago”, añadiendo que: “El momento del cálculo de la prestación reducida es el del transcurso del periodo de gracia después del impago de la prima, mientras que el momento del pago de la prestación reducida es el momento de vencimiento de la póliza pactado originariamente, ya sea la sobrevivencia en un determinado término de cumplimiento, ya sea el fallecimiento si ocurre con anterioridad”. Nótese cómo se refiere a los supuestos de reducción automática, como también a aquellos otros a los que se haya concedido esa facultad en el contrato.

Ahora bien, hemos de precisar esta afirmación, y es que en virtud de la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de marzo de 2020 -que analizaremos

a continuación en un apartado específico-, debemos de entender que el impago por culpa del tomador de una anualidad de la prima libera a la aseguradora si no se alega la reducción del seguro conforme al artículo 95 de la LCS. Y es que, en este caso, en el que el supuesto enjuiciado resulta prácticamente igual al de la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de septiembre de 2019 -que también analizaremos a continuación en un apartado específico- y en la que se estimaba parcialmente la demanda al considerar que -como hemos visto-, “en el seguro de vida vinculado a préstamo hipotecario. el impago de las fracciones de una prima de seguro de vida por parte del tomador, no supone la extinción del contrato sino la reducción de la garantía pactada en virtud de la aplicación del artículo 95 de la LCS”, el resultado del fallo ha sido muy distinto, al desestimarse la demanda interpuesta por los beneficiarios de la póliza de vida, al no alegarse en ninguna de las instancias la aplicación de dicho precepto.

Y es que ese fue precisamente el punto de partida de la Sala Primera de nuestro Alto Tribunal para abordar la cuestión, esto es, el hecho de que en ninguna de las instancias el actor ha alegado la aplicación del artículo 95 de la LCS. De esta forma, la sentencia se centra en resolver la controversia planteada por el propio recurrente acerca de si el impago de la prima se produjo o no por culpa del tomador, y si la póliza se encontraba en vigor al haberse producido el siniestro en el periodo de suspensión. A este respecto concluye la Sala que “dado que la compañía de seguros acreditó que presentó, en sendas ocasiones, el recibo de la prima para su abono en la entidad bancaria domiciliataria de los pagos, así como su devolución sin ser satisfecha, y sin que se haya acreditado tampoco por la parte actora que ello fuera debido a una causa de entidad bastante a los efectos de justificar el impago de la prima, de manera tal que no fuera jurídicamente imputable al tomador del seguro, debe desestimarse el recurso, y por tanto, la demanda”.

### **3.3.4.- SUPUESTO ESPECÍFICO DEL IMPAGO DE LAS FRACCIONES DE UNA PRIMA DE SEGURO DE VIDA VINCULADO A PRÉSTAMO HIPOTECARIO**

ciones, Dir. SÁNCHEZ CALERO, F. Cizur Menor, 2001.

14 Op. cit.

La sentencia del Tribunal Supremo de 23 de septiembre de 2019<sup>15</sup>, aborda un supuesto relativo al impago de primas con ciertas particularidades, donde no podremos aplicar las consecuencias del artículo 15.2 de la LCS. En concreto, vamos a analizar el procedimiento promovido por los padres del tomador/asegurado fallecido contra la compañía con la que este último había suscrito un seguro de vida (es decir, nos encontramos en el ámbito del seguro de personas) anual renovable vinculado a un préstamo hipotecario, en reclamación del capital pendiente de amortizar en el momento del fallecimiento. El siniestro se produjo cuando la cobertura se encontraba suspendida entre las partes conforme al art. 15.2 de la LCS, por el impago de algunas mensualidades de la prima anual, y la controversia en casación se centra en determinar si dicha suspensión era oponible a los beneficiarios demandantes, pues la sentencia recurrida lo descarta por su condición de terceros perjudicados a los que, según el art. 76 de la LCS, no sería oponible el impago de la prima.

El supuesto de hecho analizado por esta sentencia es un contrato de seguro denominado "Seviam Abierto-Póliza de seguro de vida" anual renovable, que cubría el riesgo de fallecimiento con una suma asegurada inicial de 115.000 euros. Dicho seguro se vinculó al préstamo hipotecario que el demandante había concertado y por esta razón se designó a la entidad de crédito prestamista como primera beneficiaria, en los siguientes términos: "Beneficiario principal irrevocable por el 100% del débito del CRÉDITO NUM001 CAJA DE AHORROS Y PENSIONES DE BARCELONA".

En la póliza se pactó una prima anual con pago fraccionado en mensualidades mediante su domiciliación en una cuenta del tomador/asegurado. La póliza se renovó anualmente a su vencimiento con fechas 1 de agosto de 2008, 1 de agosto de 2009 y 1 de agosto de 2010, sin que para esto fuera obstáculo el pago tardío de alguna fracción mensual de la prima anual (así sucedió con las mensualidades de enero a abril de 2010, que no fueron cargadas por falta de fondos y se abonaron el 13 de abril de ese año). Al llegar el 1 de agosto de 2011 el seguro se renovó para la anualidad siguiente mediante el abono de la mensualidad de ese mes. Por el contrario, las correspondientes a los meses de septiembre,

octubre, noviembre y diciembre de 2011 resultaron impagadas.

El asegurado falleció el 12 de diciembre de 2011, ascendiendo el capital pendiente de amortizar en esa fecha a 99.171,92 euros. El 27 de diciembre de 2011 el hermano del fallecido, como mandatario verbal de sus padres, intentó por conducto notarial abonar las referidas mensualidades impagadas, pero la entidad prestamista beneficiaria rehusó el pago. El 1 de marzo de 2012 la aseguradora remitió al asegurado una carta comunicándole que había "finalizado el periodo de suspensión de garantías por el impago de las primas en el que se encontraba dicho seguro" y que "por este motivo, se ha procedido a su cancelación en fecha 01.03.2012".

Con fecha 4 de octubre de 2013 el padre del asegurado (actuando en su propio nombre y en el de su esposa, ambos como herederos ab intestato del fallecido) formuló demanda contra la aseguradora, solicitando su condena al pago del importe del capital pendiente de amortizar (99.171,92 euros) en el momento del siniestro, más intereses del art. 20 de la LCS y costas. En apoyo de estas pretensiones se alegaba, en síntesis: (i) que el seguro estaba vigente en el momento de fallecer su hijo, pues había ido renovándose anualmente con la anuencia de la aseguradora, la última vez al iniciarse el mes de agosto de 2011; (ii) que el hecho admitido de que no se hubieran abonado las mensualidades correspondientes a los meses de septiembre a diciembre de 2011 no privaba de cobertura al siniestro, pues en años anteriores se habían consentido los atrasos; y (iii) que prueba de esto último era que hasta marzo de 2012 la aseguradora no hubiera comunicado que el seguro había sido cancelado y que, al hacerlo, incluso admitiera estar dispuesta a "regularizar la situación".

La aseguradora demandada no compareció dentro del término del emplazamiento, por lo que fue declarada en rebeldía, aunque sí se personó en las actuaciones posteriormente. La sentencia de primera instancia desestimó íntegramente la demanda, aunque sin imponer las costas a ninguna de las partes, al entender que: "(i) la póliza se renovó para la anualidad 2011-2012 al pagarse la fracción de prima anual correspondiente al mes de agosto de 2011; (ii) al haberse aceptado el pago fraccionado de la prima, y

constando satisfecha la primera fracción e impagadas las siguientes, resultaba aplicable al caso el párrafo segundo del art. 15 de la LCS al cumplirse todos los requisitos que la jurisprudencia exigía: impago culposo o imputable al asegurado -toda vez que su causa fue que no tenía fondos- y buena fe de la aseguradora; y (iii) en consecuencia, el fallecimiento del asegurado carecía de cobertura al acaecer durante el periodo en que esta se encontraba suspendida”.

La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación de la parte demandante, estimó la demanda, y condenó a la aseguradora al pago de 99.171,92 euros más intereses del art. 20 de la LCS, sin imponer las costas del recurso a ninguna de las partes e imponiendo las de la primera instancia a la parte demandante. Sus razones, en síntesis, fueron que el litigio no lo promueve la entidad bancaria beneficiaria del seguro en ejercicio de una acción derivada del contrato, sino que lo hacen los herederos del fallecido en ejercicio de la acción directa del art. 76 de la LCS. Lo anterior tiene consecuencias a la hora de aplicar al caso la jurisprudencia interpretativa del art. 15.2 de la LCS (se citan y extractan las sentencias esta sala de 30 de junio y 10 de septiembre de 2015), según la cual a partir del mes siguiente al impago de la prima sucesiva y durante los cinco siguientes la cobertura del seguro quedaría suspendida, pues conforme a la misma jurisprudencia la cobertura no desplegaría efectos entre las partes del contrato pero la suspensión de la cobertura del seguro no operaría frente al tercero que ejercitase la acción directa del art. 76 de la LCS. En consecuencia, como los demandantes reclamaron como perjudicados por no hacerlo el banco, y se ofrecieron a pagar las primas, para ellos el siniestro sí estaba cubierto.

Contra esta sentencia la aseguradora demandada ha interpuesto recurso de casación por interés casacional y recurso extraordinario por infracción procesal. Respecto a este último, se amparaba en el ordinal 2º del art. 469.1 de la LEC y fundado en infracción del art. 218.1 del mismo texto legal, por incongruencia extra petita de la sentencia recurrida por alteración de la causa de pedir. En cuanto al recurso de casación, se componía también de un solo motivo y se fundó en infracción, por aplicación indebida, del art. 76 de la LCS y en oposición a la doctrina de esta sala sobre la naturaleza y fundamentación de la acción directa (entre otras, cita las sentencias de 23 de abril de 2009 y 13 de

marzo de 2008) como un derecho propio del tercero perjudicado frente al asegurador, reconocido en el seguro de responsabilidad civil.

Desestimado el recurso extraordinario por infracción procesal, al considerar que la sentencia recurrida se pronuncia sobre lo pedido en la demanda sin apartarse de la causa de pedir, según la jurisprudencia aplicable, la Sala entra a resolver el recurso de casación. En síntesis, la aseguradora recurrente argumenta que la acción directa del art. 76 de la LCS supone reconocer al tercero perjudicado (que no es parte en el contrato de seguro) un derecho propio para reclamar del asegurador el pago de la indemnización, y esto en casos de responsabilidad civil tanto contractual como extracontractual. Si bien, considera que dicha acción está prevista para el seguro de responsabilidad civil y no para el seguro de vida; y que el art. 76 de la LCS no es aplicable al presente litigio, en el que, como en el caso de la sentencia de 10 de septiembre de 2015, la acción ejercitada por los padres del hijo asegurado fallecido fue una acción de cumplimiento del contrato de seguro.

La parte recurrida se opuso al recurso alegando que los demandantes, padres del asegurado, estaban legitimados activamente para interesar de la aseguradora el pago de la indemnización, pues contaban con un interés legítimo derivado del propio contrato de seguro; y que la respuesta de la sentencia recurrida no fue incongruente con esa pretensión, por más que se fundara jurídicamente en un artículo no invocado, ya que el principio *iura novit curia* posibilitaba que se diera respuesta a lo pedido “en base a fundamentos de hecho o de Derecho distintos de los que las partes hayan querido hacer valer”.

Pues bien, la sentencia por un lado estima el motivo de la aseguradora porque considera que efectivamente, el art. 76 de la LCS es una norma específica del seguro de responsabilidad civil, regulado en la Sección 8.ª del Título II de la LCS (“Seguro contra daños”) y, en cambio el seguro cuya efectividad se pide en la demanda es un seguro sobre la vida, regulado en la Sección 2.ª del Título III de la misma ley (“Seguro de personas”). Esto determina que, como argumenta la parte recurrente, los demandantes no tuvieran la condición de terceros perjudicados del art. 76 de la LCS, sino la de directamente interesados en la efectividad del

contrato de seguro en cuanto herederos del fallecido, pues aunque como primer beneficiario figurase el banco que le concedió el préstamo hipotecario, el seguro satisfacía un interés común o compartido entre el banco, el asegurado y los herederos de este como sucesores en sus derechos pero también en sus obligaciones (sentencias 222/2017, de 5 de abril, 528/2018, de 26 de septiembre, y 37/2019, de 21 de enero). De ahí que la jurisprudencia en que se funda la sentencia recurrida no sea aplicable al caso, pues la salvedad que representa el art. 76 de la LCS frente al impago de la prima no opera en el seguro de personas, como resulta de la jurisprudencia de esta Sala.

Ahora bien, dado que casa la sentencia recurrida, resuelve en funciones de instancia el recurso de apelación de la parte demandante, sin que a su favor quepa ya aplicar el art. 76 de la LCS en el que se basó la sentencia recurrida para estimar íntegramente la demanda, considerando la sentencia que la solución debe fundarse en la jurisprudencia sobre la interpretación sistemática del art. 15 de la LCS, artículo que la sentencia de primera instancia aplicó aisladamente para desestimar totalmente la demanda con base en que cuando se produjo el fallecimiento del asegurado se habían dejado de pagar cuatro fracciones mensuales de la prima anual tras haberse pagado la primera fracción.

Pues bien, la sentencia 684/2017, de 19 de diciembre, que interpreta el art. 15 de la LCS en relación con otros preceptos de la propia ley, declara que: “Como el impago de la prima es posterior a la segunda anualidad, debía regir la norma especial contenida para el seguro de vida en el art. 95 de la LCS, conforme a la cual el impago más que suspender la vigencia de la cobertura lo que conllevaba era la reducción automática de la suma asegurada conforme a la tabla de valores inserta en la póliza”.

Efectivamente, el artículo 95 de la LCS establece que: “Una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no podrá ser superior a dos años desde la vigencia del contrato, no se aplicará el párrafo dos del artículo quince sobre falta de pago de la prima. A partir de dicho plazo, la falta de pago de la prima producirá la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza”.

En virtud de lo anterior, concluye la sentencia que debe de estimarse la demanda de forma parcial, en virtud de lo siguiente: “En aquel otro caso esta sala

no aplicó el art. 95 LCS por impedirlo los términos del recurso de casación, pero en el presente caso sí es posible su aplicación por actuar la sala en funciones de instancia para resolver el recurso de apelación de la parte demandante contra la sentencia que había desestimado íntegramente su demanda. Y la decisión de esta sala no empeora la posición de la demandada recurrente en casación porque, frente a la estimación total de la demanda por la sentencia recurrida, se produce una estimación solamente parcial, consistente en la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza”.

Resulta de gran interés la solución adoptada por esta sentencia al conflicto suscitado en torno al seguro de vida impagado por el tomador, que ni la sentencia de primera instancia ni la audiencia provincial consiguieron resolver, o más bien, lo hicieron de forma incorrecta. Mientras que el Juzgado de Primera Instancia erró al desestimar íntegramente la demanda aplicando –de forma errónea y aislada– el artículo 15 de la LCS, sobre impago de primas para seguros de daños (cuando nos encontramos ante un seguro de personas regulado en la Sección 2ª del Título III), la Audiencia Provincial, estimó íntegramente la demanda, aplicando en este caso y de forma igualmente errónea el artículo 76 de la LCS, aplicable para el seguro de responsabilidad civil.

En este caso, coincidimos plenamente con la Sala Primera, ya que efectivamente, no pueden ejercitar los familiares del fallecido (beneficiarios del seguro) la acción directa del artículo 76 de la LCS, pues no nos encontramos ante un seguro de responsabilidad civil y éstos no son terceros perjudicados de un siniestro, sino precisamente beneficiarios e interesados en el cumplimiento del contrato de seguro, ejercitándose en este caso una acción contractual frente a la aseguradora. Y tampoco se pueden aplicar las consecuencias del impago de primas –en este caso una prima sucesiva fraccionada–, previstas en el artículo 15 de la LCS, puesto que este artículo está previsto para los seguros de daños, debiendo de ponerlo en relación con la Sección 2ª del Título III, y en concreto con el artículo 95 de la LCS, donde se prevé que en este caso de forma expresa la no aplicación del párrafo 2º del artículo 15 del citado texto legal, sino la disminución de la cuantía asegurada en función de lo previsto en el propio contrato.

### 3.3.5- EL SUPUESTO ESPECIAL DE LA NECESIDAD DE ALEGAR LA REDUCCIÓN DEL SEGURO DE VIDA CONFORME AL ART. 95 DE LA LCS, PARA EVITAR LA RESOLUCIÓN DEL MISMO EN CASO DE IMPAGO DE UNA ANUALIDAD DE LA PRIMA

El supuesto enjuiciado en la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de marzo de 2020<sup>16</sup> resulta prácticamente igual al de la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de septiembre de 2019, en la que el resultado del fallo fue muy distinto al de la sentencia que nos ocupa, al estimarse parcialmente la demanda interpuesta por los beneficiarios de la póliza de vida, encontrándose la misma en periodo de suspensión.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa, donde igualmente el fallecimiento del asegurado se produce en el plazo de suspensión de la póliza tras el impago de una anualidad de la prima, se desestima íntegramente la demanda. A continuación, veremos los motivos que llevan a la Sala Primera de nuestro Alto Tribunal a adoptar dicha solución.

El supuesto de hecho es el siguiente, el día 29 de octubre de 1999, el reclamante suscribió con la entidad demandada Seguros Bilbao Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros un seguro de vida con una prima inicial de 23.221 pesetas. El capital garantizado para el supuesto de muerte del asegurado quedó fijado en 4.000.000 de pesetas y el seguro tenía una duración anual prorrogable automáticamente por periodos iguales hasta el 2015.

La prima de seguro correspondiente al ejercicio 2014 venció el 29 de octubre de 2013. La forma de pago de la prima del seguro era mediante domiciliación en cuenta bancaria designada por el asegurado, por lo que la aseguradora giró el correspondiente recibo a dicha cuenta por la prima anual correspondiente al periodo de 29 de octubre 2013 a 29 de octubre 2014, en fecha de 29 de octubre de 2013, y fue devuelto por el Banco el 30 de octubre de 2013, por falta de saldo suficiente en la cuenta. Y devuelto otra vez, por la misma razón, el día 4 de noviembre de 2013.

El tomador falleció el 1 de febrero de 2014, por lo que el día 25 de febrero de 2014, la viuda de D. Laureano, comunicó a Seguros Bilbao el hecho del fallecimiento de su esposo y les ofreció la posibilidad de girar de nuevo a cobro la prima de seguro, lo que no

fue aceptado por Seguros Bilbao. Motivo por el que interpuso demanda en la que se interesó la condena de la compañía aseguradora a abonar a la parte actora la cantidad de 35.032,48 euros o subsidiariamente la suma de 24.040,48 euros, más intereses legales devengados de acuerdo con lo dispuesto en el art. 20 de la LCS.

La compañía aseguradora se opuso a la demanda, por entender que, al tiempo del óbito del asegurado, el contrato de seguro de vida no se encontraba en vigor al haber sido impagada la prima anual correspondiente a aquel ejercicio. La aseguradora sostuvo que el recibo para el pago de la prima fue girado en dos ocasiones en la cuenta bancaria facilitada por el tomador, y las dos veces resultó impagado; así como que el ofrecimiento de pago efectuado por la parte actora en fechas posteriores al fallecimiento del asegurado no excluye la aplicación de los efectos prevenidos en el art. 15 de la LCS. Por todo lo cual, como quiera que a la data de fallecimiento del asegurado la prima no estaba satisfecha y había transcurrido el plazo de gracia del mes, en aplicación de lo dispuesto en el precitado artículo el asegurador estaba liberado de su obligación de hacer honor al compromiso contractual asumido de abonar la cantidad pactada por siniestro.

La sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Betanzos estimó sustancialmente la demanda y condenó a Seguros Bilbao, S.A., a abonar a los demandantes la cantidad de 24.040,48 euros, más los intereses legales, por entender que el ofrecimiento de pago por la esposa del fallecido, quien obró de buena fe, seguido de la inactividad de la aseguradora en cuanto al cobro de la prima debida, han producido el efecto de reactivar la cobertura del contrato de aseguramiento, dado que se trata de un impago de prima no atribuible a la culpa de los beneficiarios del seguro sino imputable al asegurador, pues no pasó durante el tiempo de suspensión de la cobertura, ningún recibo al cobro, dejando transcurrir el tiempo en total inactividad, con la clara intención de que el contrato de seguro quedase definitivamente extinto, por aplicación del art. 15.2 de la LCS. Declaró, sin embargo, no haber lugar a aplicar la actualización conforme a IPC de la cantidad asegurada, que propuso la parte demandante.

Contra dicha sentencia se interpuso por la compañía de seguros el correspondiente recurso de

16 Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelber.

apelación, que fue resuelto por sentencia dictada por la Sección 3.ª de la Audiencia Provincial de A Coruña, que revocando la pronunciada por el Juzgado desestimó la demanda deducida. Dicho tribunal razonó en síntesis que el ofrecimiento de pago de la prima por la viuda no puede desencadenar efecto alguno, dado que se realizó tras la producción del siniestro. No es posible, se razonó, interpretando el art. 15 de la LCS, que, transcurrido el mes de gracia del impago de la prima por causa imputable al asegurado, hallándose el contrato en plazo de suspensión, pueda ser reactivado después del siniestro. En virtud de los precitados argumentos y correlativa cita de la jurisprudencia de esta Sala se desestimó la demanda.

Contra dicha sentencia se interpuso por la parte demandante los recursos extraordinarios por infracción procesal, así como de casación que se articuló al amparo de lo dispuesto en el art. 477.2, párrafo tercero de la LEC, basado en la infracción por aplicación indebida de lo dispuesto en el art. 15.1 de la LCS, en relación con el art. 15.2 del mismo precepto legal, y arts. 1.104 y 1.124 del CC. Se citan las SSTS 916/2008, de 17 de octubre y 374/2016, de 3 de junio.

Desestimado el recurso extraordinario por infracción procesal, la parte recurrente plantea el recurso de casación argumentando que, en los supuestos de impago del tomador, el requisito de la culpa se erige como elemento esencial y apriorístico, no sólo para que se origine el derecho del asegurador para resolver el contrato, sino también para la suspensión de la cobertura. En el caso litigioso, se considera que la culpa es inexistente, de modo que la demandada se halla obligada al pago de la prestación; por lo tanto, puesto que no se resolvió el contrato y no transcurrió el plazo de seis meses a que alude el art. 15.2 de la LCS, la compañía se encuentra obligada a hacerse cargo del siniestro, pues a causa del impago culpable surge la opción resolutoria para el asegurador, que debe ejercitarse en la forma debida, ya que la pasividad únicamente libera a la aseguradora a partir del sexto mes.

Antes de entrar en el examen del recurso, la Sala realiza una precisión de gran relevancia para la resolución del presente conflicto, y es que la parte actora no fundamenta el recurso en la infracción de lo normado en el art. 95 de la LCS, que no se invocó en las dos instancias, ni en la formulación de este recurso (SSTS 684/2017, de 19 de diciembre, 489/2019, de

23 de septiembre y 655/2019, de 11 de diciembre), de tal forma, que la norma de derecho sustantivo que se considera vulnerada es pues la establecida en el art. 15 de la LCS y la que condiciona la resolución de este tribunal.

Igualmente, se ha de partir de la base de que las sentencias recurridas, en coherencia con la demanda, no se construyen fácticamente, ni declaran que la causa de impago de la prima fuese la enfermedad del asegurado. Tampoco se razona la incidencia que tuvo tal proceso patológico previo sobre el impago reiterado de la prima del seguro, tres meses antes de desencadenarse el fatal desenlace de la muerte del asegurado.

Dicho lo cual, la Sala va a considerar que procede la desestimación del recurso interpuesto por la parte actora, puesto que el siniestro se ha producido, tras el impago de la prima y transcurrido el plazo de gracia del mes al que se refiere el art. 15 de la LCS, sin que, en el plazo de suspensión, el asegurado o los beneficiarios de la cobertura tengan derecho a la prestación de la aseguradora. Y ello, sobre las bases jurisprudenciales siguientes:

- Que “basta la acreditación de que el recibo fue cargado a la cuenta en que se domicilió el pago y que fue devuelto, para que podamos entender como momento del impago el del vencimiento de la prima, sin que sea necesario exigir la acreditación de la culpa del deudor” (SSTS 472/2015, de 10 de septiembre y 684/2017, de 19 de diciembre).

- Nos encontramos ante un siniestro acaecido cuando la cobertura del seguro estaba suspendida, por lo que no opera efectos entre las partes, según lo establecido en la STS 357/2015, de 30 de junio, entre otras.

- Tampoco nos hallamos ante un supuesto del ejercicio de la acción directa del art. 76 de la LCS, puesto que ésta se trata de una norma específica del seguro de responsabilidad civil que es inaplicable a los seguros personales como el de vida.

Bajo dichas premisas, la Sala analiza igualmente que la sentencia alegada como infringida por el recurrente, STS 916/2008, de 17 de octubre, se construye bajo los postulados siguientes: a) La falta de pago de la prima con anterioridad al siniestro a que se refiere el art. 15.1 de la LCS sólo puede producir el efecto de liberar de su obligación al asegurador en el caso de que la falta de pago sea imputable al tomador, b) producido el hecho del impago de

la prima, para determinar si hay culpa imputable al tomador del seguro hay que tener en cuenta en primer lugar lo pactado acerca de la forma y tiempo de pago, pues obviamente no cabe atribuir culpa al tomador cuando el recibo no se presenta en el lugar previsto (domicilio del tomador, entidad bancaria, o no está, en su caso, a disposición del pagador en la oficina aseguradora correspondiente) o existe un aplazamiento (SSTS 28 de junio de 1989, 22 de junio de 1992, 10 de marzo de 2006, entre otras), c) cuando se pactó la domiciliación bancaria, la entidad aseguradora debe probar que presentó el recibo en la misma y que le fue devuelto por falta de fondos en el tiempo en que ha de ser abonado, d) en modo alguno precisa acreditar la compañía de seguros, para que se produzca el incumplimiento del tomador con el efecto suspensivo de la cobertura, que el Banco se lo comunicó al cliente, ni tiene que efectuar ningún tipo de requerimiento o comunicación fehaciente o no, al tomador, e) corresponde al tomador acreditar el pago, o bien el hecho o circunstancias que constituyen causa o motivo idóneo para justificar su falta de culpa.

Analizado lo anterior, concluye la sentencia aduciendo que tal doctrina no se infringió, puesto que la compañía de seguros acreditó que presentó, en sendas ocasiones, el recibo de la prima para su abono en la entidad bancaria domiciliataria de los pagos, así como su devolución sin ser satisfecha, y sin que se haya acreditado tampoco por la parte actora que ello fuera debido a una causa de entidad bastante a los efectos de justificar el impago de la prima, de manera tal que no fuera jurídicamente imputable al tomador del seguro.

Tampoco guarda relación con el presente litigio la otra sentencia invocada en el recurso de casación, esto es la STS 374/2016, de 3 de junio, en la que se había pactado una condición general de contratación conforme a la cual: “La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentando el cobro, la entidad bancaria devolviera el recibo impagado. En todo caso, CASER notificará por escrito al tomador del seguro el impago producido, comunicándole la nueva forma de pago y el nuevo plazo para hacer efectivo el recibo”. Cláusula contractual cuya finalidad se explicó era “impedir que, por un descuido, derivado de la devolución del recibo sin que el tomador sea plenamente consciente de ello, se suspenda la cobertura del seguro”; pero que no se consideró aplicable, toda vez que fue el propio tomador quien

ordenó la devolución del recibo, no sólo una vez, sino, incluso, en una segunda ocasión posterior.

Ahora bien, en el caso que enjuiciamos no concurre una estipulación contractual de tal clase, ni del texto de la sentencia invocada resulta que se exija, al margen de su supuesto fáctico, un acto propio y expreso del asegurado que ordene la devolución del recibo de la prima para que el art. 15 de la LCS desencadene sus efectos, basta, como hemos venido razonando, con la presentación del recibo en la cuenta bancaria pactada y su devolución para que el impago de la prima comience a desatar sus efectos legales.

De esta forma, concluye la sentencia que: “Por todo el conjunto argumental expuesto, el recurso de casación no debe ser estimado, sin que tenga sentido entrar a analizar el segundo de los motivos formulados, en tanto en cuanto sólo alcanzaría virtualidad resolutoria en el supuesto específico de la aceptación del primero de los articulados, toda vez que la actualización de la suma asegurada presupone el previo reconocimiento de la obligación de la compañía a hacerse cargo del siniestro, lo que no acontece en el caso presente”.

En conclusión, lo primero que llama poderosamente la atención de esta sentencia, es el “error” que a nuestro entender se comete por la parte actora a la hora de plantear la acción de cumplimiento de contrato frente a la aseguradora. Y es que a pesar de encontrarnos ante un seguro de larga duración como es el seguro de vida, al que se le aplica un régimen distinto para el supuesto de impago primas, el previsto en el artículo 95 de la LCS, se justifica la vigencia del contrato y la obligación de pago de la aseguradora, en base a los efectos de impago de primas regulado en el artículo 15.2 de la LCS, como si de un tercero perjudicado se tratase.

Recordemos que el mencionado artículo 95 de la LCS establece que: “Una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no podrá ser superior a dos años desde la vigencia del contrato, no se aplicará el párrafo dos del artículo quince sobre falta de pago de la prima. A partir de dicho plazo, la falta de pago de la prima producirá la reducción del seguro conforme a la tabla de valores inserta en la póliza”.

Y es que ese es precisamente el punto de partida de la Sala Primera de nuestro Alto Tribunal para abordar la cuestión, esto es, el hecho de que en ninguna de las instancias el actor ha alegado la aplicación del artículo 95 de la LCS. De esta forma,

la sentencia se centra en resolver la controversia planteada por el propio recurrente acerca de si el impago de la prima se produjo o no por culpa del tomador, y si la póliza se encontraba en vigor al haberse producido el siniestro en el periodo de suspensión. A este respecto concluye la Sala que “dado que la compañía de seguros acreditó que presentó, en sendas ocasiones, el recibo de la prima para su abono en la entidad bancaria domiciliataria de los pagos, así como su devolución sin ser satisfecha, y sin que se haya acreditado tampoco por la parte actora que ello fuera debido a una causa de entidad bastante a los efectos de justificar el impago de la prima, de manera tal que no fuera jurídicamente imputable al tomador del seguro, debe desestimarse el recurso, y por tanto, la demanda”.

Solo nos queda la duda de si el Tribunal Supremo, al igual que hizo en su sentencia de 23 de septiembre de 2019, en la que literalmente se recogía que “en el presente caso sí es posible su aplicación -la del artículo 95 de la LCS- por actuar la sala en funciones de instancia, para resolver el recurso de apelación de la parte demandante contra la sentencia que había desestimado íntegramente su demanda”, podría haber reconducido el asunto, aplicando el artículo 95 de la LCS, lo que hubiera supuesto la estimación parcial del recurso.

## **4.- LA IMPORTANCIA DEL CUESTIONARIO DE SALUD EN EL SEGURO DE VIDA**

### **4.1.- CONCEPTO Y SUPUESTOS**

Una cuestión básica a la hora de contratar en seguro de vida es siempre el cuestionario de salud, en cumplimiento del deber de declaración del riesgo regulado en el artículo 10 de la LCS<sup>17</sup>, que establece que:

“El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

El tomador de un seguro sobre la vida no está obligado a declarar si él o el asegurado han padecido cáncer una vez hayan transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Una vez transcurrido el plazo señalado, el asegurador no podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos a efectos de la contratación del seguro, quedando prohibida toda discriminación o restricción a la contratación por este motivo”.

La importancia de una declaración veraz por parte del asegurado se ha puesto reiteradamente de manifiesto por la jurisprudencia, pues de conformidad con lo establecido en el artículo 10 LCS, si la entidad aseguradora nos somete al cuestionario de salud, y ocultamos la existencia de una enfermedad cuando nos preguntan sobre nuestro estado de salud, o de que estamos recibiendo tratamiento médico por alguna enfermedad, y con posterioridad acontece el fallecimiento o incapacidad y está relacionado con esa enfermedad que hemos ocultado, la entidad aseguradora no pagará, ya que habría dolo por nuestra parte y por tanto quedaría liberada de su obligación, por lo que es fundamental una declaración veraz de conformidad con las preguntas que nos formulen en dicho cuestionario para luego poder recibir las prestaciones contratadas en caso de que ocurra el siniestro (fallecimiento o incapacidad). Pero la casuística de esta cuestión es muy amplia no siempre tan sencilla, tal y como analizaremos a lo largo de este artículo.

Es de destacar, que la obligación de someter al asegurado al cuestionario de salud es de la entidad



aseguradora, lo que irá en perjuicio de la misma sino cumple este requisito en caso de que existan enfermedades preexistentes, si bien, aunque la aseguradora no cumpla con su obligación de someter al asegurado al cuestionario de salud propiamente dicho, si se le somete a un reconocimiento médico, se considera como un cuestionario válido con independencia de su forma, y si el asegurado oculta enfermedades o estar en tratamiento médico, se estima que incurre en dolo, y por tanto la entidad aseguradora quedaría exonerada de su obligación de pago, tal como establece la sentencia de la sala Primera del Tribunal Supremo de 8 de noviembre de 2018<sup>18</sup>: “lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas que se formularon al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud que él conociera o no pudiera

desconocer se referían, es decir, si las preguntas que se le hicieron le permitieron ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo”.

La aplicación concreta de la jurisprudencia aplicable a la controversia ha llevado a nuestro Alto Tribunal a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración- cuestionario. Así, se ha negado la existencia de ocultación en casos de cuestionarios (o declaraciones de salud) demasiado genéricos o ambiguos, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitieran al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro.

La sentencia 157/2016 valoró que se tratara de una cláusula “estereotipada acerca de la salud general que presenta el asegurado” en el momento de suscribir el seguro, en la que no se incluían preguntas significativas para la determinación del riesgo objeto de cobertura. En concreto, no se le interesó alguna respuesta acerca de enfermedades relevantes como el cáncer que padecía.

En la misma línea, la sentencia 222/2017 consideró que el hecho de que la tomadora no manifestara los antecedentes de psicosis que padecía desde mucho antes no permitía concluir que estuviera ocultando datos de salud relevantes para la valoración del riesgo, “pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectante a su salud mental (solo se aludió a patologías de tipo cardiaco, respiratorio, oncológico, circulatorio, infeccioso, del aparato digestivo o endocrino -diabetes-) ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental que condujeron finalmente a la incapacidad”.

Más recientemente, la sentencia 323/2018, respecto de un asegurado psiquiatra, descarta la ocultación valorando que a la falta de preguntas sobre una patología concreta, de tipo mental, que pudiera asociar a sus padecimientos, se sumaba el empleo de un adjetivo (“relevante”) dotado de un matiz de subjetividad que no podía operar en perjuicio del asegurado, ni siquiera tratándose de

un médico especialista en psiquiatría, pues sus conocimientos en la materia, aunque permitieran descartar que no fuera consciente de su enfermedad, no implicaban necesariamente que tuviera que valorar sus antecedentes psíquicos como significativos o relevantes, ya que no le habían impedido ejercer su profesión hasta la fecha del siniestro. Y concluyó: “En definitiva, la falta de concreción del cuestionario debe operar en contra del asegurador, pues a este incumben las consecuencias de la presentación de una declaración o cuestionario de salud excesivamente ambiguo o genérico, ya que el art. 10 LCS, en su párrafo primero, exonera al tomador-asegurado de su deber de declarar el riesgo tanto en los casos de falta de cuestionario cuanto en los casos, como el presente, en que el cuestionario sea tan genérico que la valoración del riesgo no vaya a depender de las circunstancias comprendida en él o por las que fue preguntado el asegurado”.

Por el contrario, las sentencias 72/2016, de 17 de febrero, 726/2016, de 12 de diciembre, y 542/2017, de 4 de octubre, apreciaron la existencia de ocultación dolosa o, como mínimo, gravemente negligente (la última), en todo caso subsumible en el supuesto de hecho del art. 10 LCS, atendiendo no solo al hecho de que sí se hubiera preguntado al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas (caso de la sentencia 726/2016) sino también (caso de las otras dos) a que, aunque las preguntas hubieran sido más genéricas, sin referencia a enfermedades concretas, al menos sí se le hubiera preguntado si había tenido o seguía teniendo alguna limitación física o psíquica o enfermedad crónica, si había padecido en los últimos años alguna enfermedad o accidente que hubiera necesitado de tratamiento médico o de intervención quirúrgica y si se consideraba en ese momento en buen estado de salud. En particular, la sentencia 72/2016 valoró que, por más que no se formularan al asegurado preguntas concretas sobre sus antecedentes por depresión, la manera en que había cursado esta enfermedad, con numerosas crisis que merecieron sucesivas intervenciones de los servicios de atención primaria y tratamiento con medicación, permitía concluir que el asegurado no podía desconocer su enfermedad y, por tanto, que no estaba justificado que negara todo padecimiento previo o tratamiento. Y la sentencia 542/2017

consideró que, aunque la pregunta que se formuló al asegurado (si padecía enfermedad que necesitara tratamiento) podía considerarse genérica, sin embargo existían suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo cubierto, como la naturaleza de los padecimientos que venía sufriendo desde años antes, que afectaban a su movilidad y tenían un pronóstico de evolución negativa, y el carácter específico de la medicación prescrita para el tratamiento de esos padecimientos.

#### **4.2.- CARÁCTER PERSONALÍSIMO DEL CUESTIONARIO DE SALUD. LA DECLARACIÓN DEL RIESGO POR PERSONA DISTINTA AL ASEGURADO, EQUIVALE A LA FALTA DE CUESTIONARIO**

La sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 8 de mayo de 2023<sup>19</sup> analiza el supuesto de la reclamación de la madre del asegurado fallecido contra su compañía de seguros, pidiendo el cumplimiento de un contrato de seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario suscrito con una entidad de crédito del mismo grupo al que pertenecía la aseguradora. La particularidad de este supuesto deriva del hecho que el seguro fue suscrito y el cuestionario de salud fue cumplimentado por la hermana del asegurado, en nombre de éste. La cuestión a dilucidar versa sobre si, una vez producido el siniestro, y constanding antecedentes médicos relevantes anteriores a la firma de la póliza, ¿actuó de forma negligente la aseguradora al permitir que una persona distinta al asegurado cumplimentara el cuestionario de salud, habida cuenta el carácter personalísimo que ostenta? O, por el contrario, ¿se puede entender que medió dolo del asegurado al declarar el riesgo?

La cuestión debatida en este caso era determinar si el cuestionario médico cumplimentado por otra persona distinta del asegurado, en nombre de éste, reúne los requisitos formales y materiales exigidos por el artículo 10 de la LCS y la jurisprudencia aplicable, y por tanto, es apreciable el dolo o la mala fe para el supuesto en el concurran, como es el caso de autos, ocultaciones relevantes sobre el estado de salud

del asegurado, y que sean determinantes para la producción del siniestro.

Resulta de gran interés la sentencia referida, pues deja claro que, dado que la obligación de declaración del estado de salud previa suscripción de un contrato de seguro es de carácter personalísimo, no se puede apreciar, en casos como el que nos ocupa, infracción por parte del asegurado del art. 10 LCS, salvo que concurren circunstancias especiales. En este sentido, la sentencia 273/2018, de 10 de mayo, consideró que concurren estas circunstancias especiales, cuando quien otorgue el cuestionario sea a su vez heredero del asegurado, y por tanto, beneficiario del seguro, cuando sea codeudor del préstamo sobre el que responde el seguro, cuando se pueda acreditar una convivencia con el asegurado que permita conocer a la perfección el estado de salud del asegurado, y en definitiva, cuando exista una actuación concertada entre asegurado y “apoderado” para que la aseguradora no pudiera valorar adecuadamente el riesgo.

Ahora bien, la sentencia estima que no concurren estas circunstancias especiales, pues la beneficiaria del seguro no era la hermana del asegurado, que es quien suscribe la póliza y cumplimenta el cuestionario, sino su madre. Igualmente, concluye que no se cumplen el resto de circunstancias a las que se refiere la citada sentencia, por lo que no puede otorgarse validez al cuestionario, máxime cuando la propia aseguradora tuvo conocimiento de que el mismo se cumplimentó por persona distinta al asegurado (su hermana), lo que supuso la aceptación de aquella de que el cuestionario fue un mero formalismo, impidiendo que se pueda apreciar dolo o mala fe del asegurado en la declaración de su estado de salud.

Por último, cabe destacar la distinción que realiza la sentencia analizada sobre que no se puede confundir este supuesto, donde el cuestionario y el seguro se suscriben por persona distinta al asegurado, en nombre de éste -cuya consecuencia jurídica como vemos es la de considerar que no ha existido cuestionario válido-, del supuesto recogido en el artículo 83 de la LCS relativo al seguro de vida concertado a favor de un tercero, donde tomador y asegurado no son la misma persona, así como tampoco resulta aplicable art. 7 de la LCS, que permite

la suscripción de cualquier modalidad de seguro tanto por cuenta propia como por cuenta ajena.

#### **4.3.- INFRACCIÓN DEL ARTÍCULO 10 LCS POR NO DECLARACIÓN DEL ASEGURADO DEL TRATAMIENTO MÉDICO QUE RECIBÍA, PUES EL SEGUIMIENTO O CONTROL DEL PACIENTE POR UN MÉDICO ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO MÉDICO.**

La controversia habitual en estos casos se centra en determinar si el asegurado infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud, al contestar negativamente a preguntas relativas a si tenía alguna alteración física, si le habían aconsejado someterse o se había sometido a algún chequeo o revisión médica, o si había padecido o padecía en ese momento alguna enfermedad, no mencionada, que le hubiera obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días.

En la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 27 de marzo de 2023<sup>20</sup> se pretende determinar si por parte del asegurado se ha actuado de forma dolosa, y por tanto, se infringido el artículo 10 de la LCS, al no declarar en el cuestionario médico la patología ocular grave que sufría desde 6 años antes a la suscripción de la póliza, y que es causa de la invalidez declarada, a pesar de haberle preguntado -entre otras cuestiones-, sobre si había padecido o padecía en ese momento alguna enfermedad, que le hubiera obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico.

A este respecto, de esta sentencia extraemos como relevantes, los requisitos que deben cumplirse -según la jurisprudencia de la Sala Primera de nuestro Alto Tribunal- para considerar que se ha producido el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 de la LCS, y que son los siguientes:

- 1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante;
- 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa;
- 3) que el riesgo declarado sea distinto del real;
- 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido

conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración;

5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y

6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

A lo anterior, y para resolver este tipo de conflictos, se debe añadir lo declarado por otra sentencia muy reciente de la Sala Primera del Tribunal Supremo, de fecha 23 de febrero de 2023, que para un caso muy parecido concluye que: “el seguimiento o control del paciente por un médico es una forma de tratamiento médico”.

Valorando todo lo anteriormente expuesto, la sentencia analizada resuelve el presente caso, considerando que el asegurado sí ocultó de forma intencionada antecedentes relevantes, pues aunque no se le preguntó sobre un tipo de enfermedad concreta, ni por tanto, sobre la patología de tipo ocular que padecía, lo anterior no es óbice para que en función de las preguntas que se le hicieron, fuera plenamente consciente de su grave patología ocular y de que estaba bajo control médico, aunque no tuviera tratamiento efectivo en el sentido de no poder curarse ni impedir su evolución; antecedentes que deberían de haberse representado como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo de invalidez.

## **5.- EL SUPUESTO ESPECIAL DE LA DETERMINACIÓN DE LA FECHA DEL SINIESTRO EN LOS SEGUROS DE INVALIDEZ**

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 supuestos 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 reconocen 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 analizado por la sentencia de 31 de enero de 2023 del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo<sup>21</sup>, 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. 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 aquélla 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.

## **6.- LA COBERTURA DE INVALIDEZ “POR CUALQUIER CAUSA” SE ENTIENDE REFERIDA A SU ORIGEN NO A SU TIPOLOGÍA DE ABSOLUTA O TOTAL**

La cobertura de invalidez “por cualquier causa” que se incluye como contratada dentro del cuadro de coberturas de muchas pólizas de seguro de vida, entra en contradicción con la cláusula contenida en

algunos condicionados generales, bajo el apartado “Qué le cubre”, en la que se define como la “situación física irreversible y consolidada del asegurado provocada por cualquier causa que le incapacite para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional”. Es decir, la cobertura contratada como “invalidez por cualquier causa” debe cubrir cualquier tipo de incapacidad (incluida la total), o sólo cubre la absoluta, de conformidad con la definición contenida en los referidos condicionados generales, donde se circunscribe el riesgo asegurado a la invalidez para cualquier tipo de trabajo o profesión, y no para un trabajo en concreto.

La cuestión realmente presenta serias dudas, considerando la tendencia de las últimas resoluciones de la Sala Primera del Tribunal Supremo en materia de transparencia de seguros, por lo que habrá que ver en este caso cómo interpreta la Sala 1ª la cláusula controvertida, y en concreto, si considera que la definición que el condicionado general confiere a la invalidez por cualquier causa, delimita el objeto de contrato, o si por lo contrario, restringe y limita sus derechos.

La sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2021<sup>22</sup> establecía que si una póliza únicamente cubre la incapacidad permanente absoluta se debe contemplar así en el cuadro de coberturas, de forma que el asegurado no tenga que realizar la labor de estudiar el condicionado completo para poder determinar el verdadero alcance de la póliza que está contratando. En dicho caso, el seguro de accidentes cubría -según condiciones particulares- el riesgo de incapacidad temporal y la incapacidad permanente, pero en el condicionado general se excluía la incapacidad permanente total.

Por su parte la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 7 de febrero de 2022<sup>23</sup> puede hacernos pensar que estamos ante un caso similar, y por tanto, encontrarnos ante un supuesto de sentencias contradictorias dentro de la propia Sala 1ª, pero si analizamos detenidamente esta última resolución parece que no es así, lo que nos hace tomar conciencia de la dificultad que realmente supone la interpretación de un contrato de seguro, y la aplicación práctica de la doctrina y jurisprudencia sobre las cláusulas limitativas del asegurado, y el principio de

22 Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

23 Ponente: Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres.

transparencia en los contratos. Y es que, en el caso de esta última, lo que se trata de resolver es si existe contradicción entre lo estipulado en el condicionado particular, donde se establecía como cobertura “la invalidez por cualquier causa”, y lo estipulado en el condicionado general sobre el alcance de dicha cobertura al establecer que cubre “la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por cualquier causa que le incapacite para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional”. En definitiva, la sentencia debe de resolver si esta última cláusula es limitativa al circunscribir la cobertura a la invalidez absoluta, por contradecir lo estipulado en el condicionado particular, donde se incluía la “invalidez por cualquier causa”.

Pues bien, aunque resulta innegable las similitudes de ambos casos resueltos por estas dos sentencias del Tribunal Supremo, en este último caso, la Sala 1ª considera que no existe tal contradicción, puesto que al hablar la póliza de “invalidez por cualquier causa” se refiere a cualquier posible origen de dicha invalidez (accidente, enfermedad, etc.), mientras que cuando define la invalidez incapacitante se está refiriendo a un tipo concreto -la absoluta- dentro de las posibles. Además, resulta relevante el hecho de que “las expresiones “invalidez por cualquier causa” y “(...) por cualquier causa que le incapacite para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional” se encuentran en una misma cláusula, conectadas entre sí, en un mismo apartado o apartados consecutivos y con idéntico tratamiento tipográfico”. De esta forma, concluye que la póliza se expresa en términos claros e incluso didácticos, porque explica de manera sencilla qué cubre y qué no, y basta una lectura meramente comprensiva para interpretar que lo cubierto era la invalidez absoluta para toda clase de profesión, por lo que la cláusula que define en el condicionado general qué debe entenderse cubierto por invalidez, no puede considerarse como cláusula limitativa en cuanto concreta el riesgo asegurado.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

GARRIGUES DÍAZ-CABAÑATE, J. “Contrato de Seguro Terrestre”, Madrid, 1982.

GIRÓN TENA, J., «Seguro de personas. Disposiciones comunes y Seguro sobre la Vida (arts. 80 a 99)», Comentarios a la Ley de Contrato de Seguro, Estudios Empresariales y Financieros dirigidos por Evelio Verdura y Tuells, Madrid, 1982.

LÓPEZ GARCÍA DE LA SERRANA, J. “Cuestiones controvertidas en materia de Derecho de Seguros”. Editorial: Dykinson, Madrid, 2019.

LÓPEZ GARCÍA DE LA SERRANA, J. “Responsabilidad Civil y Derecho de Seguros. Editorial Comares, Granada, 2021.

PAGADOR LÓPEZ, J.: “La protección del consumidor en el contrato de seguro”. En “Derecho (privado) de los consumidores”, Miranda Serrano, L., y Pagador López, J., (coords.). Marcial Pons, Madrid, 2012.

SÁNCHEZ CALERO, F. Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 501980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones, Cizur Menor, 2001.

SEOANE SPIEGELBERG, J.L.: “El seguro de vida y sus distintas problemáticas”, XXI Congreso Nacional de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, Granada, noviembre de 2021. Ed. Sepin, Madrid, 2021.

TIRADO SUÁREZ, F.J. Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 501980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones, Dir. SÁNCHEZ CALERO, F. Cizur Menor, 2001.

VELA TORRES, P.J.: “Condiciones generales en el contrato de seguro. Cláusulas lesivas por desnaturalización del objeto”, XVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, Málaga, noviembre de 2016. Ed. Sepin, Madrid, 2016.

