

### Sentencia del Tribunal Supremo (Pleno Sala de lo Civil) 129/2023, de 31 de enero de 2023

**SEGURO DE INCAPACIDAD ABSOLUTA VINCULADO A PRÉSTAMO HIPOTECARIO. FECHA DEL SINIESTRO**

## RESUMEN

La determinación del momento que se considera como fecha de siniestro en los seguros de invalidez es una cuestión tradicionalmente problemática. Es por esta razón que el Pleno de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo aborda en este pronunciamiento la mencionada cuestión, homologando de esta forma los pronunciamientos de esta Sala con los de la Sala Tercera de lo Social, para dar de esta forma una respuesta armonizada por parte del Tribunal, ante la ausencia de previsión específica en la Ley de Contrato de Seguros al respecto. Junto a ello, no resta interés que se afronte igualmente en la resolución el orden de los beneficiarios de esta modalidad de seguros y sus consecuencias.

## 1. ANTECEDENTES

Los antecedentes de hecho que originan la presente resolución de nuestro alto Tribunal residen en la contratación por parte del demandante de un seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario con la aseguradora Caja Granada Vida compañía de seguros y reaseguros S. A. (empresa naturalmente vinculada con la Entidad bancaria Caja de Ahorros de Granada) con una vigencia desde el 25 de febrero de 2009 al 25 de octubre de 2014. El mencionado seguro contemplaba entre los riesgos asegurados la posibilidad de que el asegurado se encontrara en situación de incapacidad permanente absoluta. Relevante para la *ratio decidendi* del supuesto enjuiciado es que la cláusula de la cobertura que da lugar a la discusión entre las partes indica que se entenderá como fecha del siniestro «la fecha que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez».

Siendo ello así, el 25 de agosto de 2014 (dos meses antes de que venciera la póliza suscrita) el demandante fue dado de baja laboral por enfermedad común, siendo hospitalizado el 4 de septiembre de 2014 con diagnóstico «Leucemia tipo celular neom. Aguda. Sin remisión». Dicho diagnóstico se mantuvo durante todo el tratamiento médico, cuestión de importante transcendencia para la resolución del pleito.

Finalmente, por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 16 de marzo de 2016 (recordemos que el seguro estuvo vigente hasta el 25 de octubre de 2014), el actor es declarado en situación de incapacidad permanente por enfermedad

común. En el mencionado dictamen se recoge que la enfermedad incapacitante viene producida por la leucemia padecida.

En esta situación, los argumentos entre las posturas enfrentadas son claros: de un lado, el demandante solicita que en aplicación de la póliza de seguros en vigor cuando se inició la enfermedad, la aseguradora cubra el riesgo asegurado, y la compañía demandada se defiende argumentando que los términos de la póliza eran claros al definir como fecha de ocurrencia de la invalidez la que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez (en este caso la resolución es de fecha 16 de marzo de 2016 y se basa en el Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades de fecha 24 de febrero de 2016, estando, por tanto, ambas fechas fuera de la vigencia de la póliza del seguro contratado).

La demanda fue estimada en primera y segunda instancia, recurriendo la entidad demandada ante el Tribunal Supremo, recurso que fue admitido a trámite en virtud del interés casacional que el mismo presenta, conforme a lo establecido en el artículo 447 LEC; interés casacional que compartimos por la necesidad de armonización entre las Salas del Tribunal Supremo, tal y como finalmente ha terminado ocurriendo.

## 2. CONFLICTO JURÍDICO QUE SE PLANTEA

Para la resolución del presente conflicto jurídico, nuestro alto Tribunal se ve obligado a efectuar una interpretación distinta a la que hasta ahora se había venido realizando de cara a determinar la fecha del siniestro en los seguros de invalidez. Y es que tradicionalmente se han distinguido diferentes fechas del siniestro dependiendo de si nos encontramos ante un seguro de accidentes (aquí la fecha de referencia sería el momento de producción del mencionado accidente) o si nos encontramos ante un seguro de invalidez (en este caso la fecha a tener en cuenta sería la consignada en el Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades).

Es por esta razón que la compañía aseguradora agota todas las instancias judiciales, en la creencia de que la redacción de la cláusula era clara y la interpretación de los tribunales favorable, pues la Sala de lo Social estaba entendiendo, como regla general, que la fecha para determinar la ocurrencia del siniestro reside en el Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades.

De esta forma, la sentencia objeto de comentario resuelve sucesivamente dos cuestiones. Por un lado, determina la fecha del siniestro que debe tenerse en cuenta para que nazca la responsabilidad de la aseguradora y, por el otro, el orden de designación de beneficiarios, cuestión esta última que no había obtenido respuesta en el resto de instancias.

## 3. ARGUMENTACIÓN JURÍDICA UTILIZADA PARA SU RESOLUCIÓN

En relación al primer motivo de recurso, se invoca por la aseguradora que el hecho de que se haya producido la declaración de incapacidad del actor por parte del Equipo

de Valoración de Incapacidades después del vencimiento de la póliza provoca que, al no encontrarse vigente la misma, no corresponda el pago de la indemnización.

Como base de su argumentación, se alude al artículo 83 de la Ley de Contrato de Seguros, precepto que limita la obligación de pago de la prestación a lo establecido en el contrato. El mencionado precepto se pone en relación con el artículo 1 de este texto legal, el cual deja claro en su definición del contrato de seguro que el pago se efectuará siempre que el evento dañoso se produzca dentro de los límites pactados por las partes. De esta forma, se rechaza el pago con fundamento en estos preceptos.

Así mismo, la recurrente invoca el artículo 1.091 del Código Civil en cuanto al cumplimiento del tenor de los contratos (la literalidad de la cláusula de la póliza), el 1.258 en lo relativo a su perfección (existe el libre consentimiento de ambos contratantes para suscribir la póliza en todos sus términos) y el artículo 1.278 en cuanto a la obligación de cumplir con los contratos válidamente celebrados (no incurre la póliza en ninguna causa que haga dudar de su validez).

Finalmente, la aseguradora alude al 1.281 del Código Civil en lo relativo a la interpretación del sentido literal del contrato cuando sus términos son claros y subsidiariamente y, para el caso de que la condena se mantenga, se alega la infracción del artículo 88 de la Ley del Contrato de Seguro en cuanto a la entrega de la prestación del asegurador al beneficiario en relación con el artículo 83 de esta ley, para tratar de esta forma de que, en caso de condena, sea la entidad bancaria que forma parte del mismo grupo la que perciba la prestación a abonar por la aseguradora.

Para la resolución de este primer motivo de recurso, el Tribunal Supremo acude a la jurisprudencia asentada sobre dos tipos de seguros de personas: el seguro de vida y el seguro de accidentes. En relación a este último, ya en su día fue coordinada la jurisprudencia de la Sala de lo Civil con la de la Sala de lo Social mediante la Sentencia del Pleno 736/2016, de 21 de diciembre, para establecer así la regla general y la excepción, homologando de esta forma la respuesta de ambas Salas. Siguiendo esa misma línea y aplicada al caso concreto de un seguro de vida, si bien es lo cierto que, acudiendo a la regla general, la fecha del siniestro es la fecha del Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades (24 de febrero de 2016, fuera, por tanto, de la fecha de vigencia de la póliza) no es menos cierto que los datos médicos existentes permiten comprobar que la enfermedad causante de la incapacidad permanente, es decir, la propia leucemia, se manifestó como permanente e irreversible ya desde el primer diagnóstico el 4 de septiembre de 2014, estando consecuentemente todavía la póliza en vigor. Siendo ello así, operaría una de las excepciones a la regla general, al no tener que acudir al dictamen médico sino al diagnóstico de la enfermedad.

Como base de su argumentación, el Tribunal Supremo acude a la Ley del Contrato de Seguro para dejar claro que en dicho texto legal no se recoge una definición de invalidez, definición que no obstante sí podemos encontrar en la Ley General de la Seguridad Social (aunque la misma tiene que ser declarada por los organismos competentes). Por todo ello y tomando como referencia la Sentencia del Pleno de la Sala Cuarta de 14 de abril de 2010 (rec. 1813/2009) el Tribunal Supremo coordina los pronunciamientos de ambas Salas y establece que como regla general, para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo

de la mejora, para determinar la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria y, con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono ha de acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha del Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades, recogiendo como excepción (la que precisamente opera en este caso) aquellas situaciones en las que la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles (recordemos que así se manifestó desde el primer momento la leucemia padecida por el actor-recurrido en el primer diagnóstico de fecha 4 de septiembre de 2014, estando todavía la póliza en vigor). De esta forma, nos encontraríamos en la excepción que posibilita la consideración como fecha del siniestro no el Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades de la regla general, sino el diagnóstico de la enfermedad propio de la excepción.

Probablemente nos encontremos ante una solución materialmente más justa que impecable jurídicamente, ya que los términos del contrato de seguro eran claros, vinculando expresamente la póliza el nacimiento de la responsabilidad al documento acreditativo de la invalidez, y es lo cierto que cuando se obtiene dicho documento, la vigencia de la póliza había expirado.

En otro orden de cosas y quizás por estas dudas, el Tribunal Supremo se «ayuda» en su argumentación acudiendo a resolver una cuestión que en ningún momento formó parte del debate jurídico, que no es otra que la posible consideración de la cláusula contractual que fija la fecha del siniestro como limitativa de los derechos del asegurado. Y es que las cláusulas que excluyen la posibilidad de retrotraer el hecho causante al instante en que las secuelas surgen como permanentes e irreversibles son limitativas, debiendo consecuentemente cumplir con los conocidos requisitos del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguros (aparecer resaltada la cláusula en la póliza y haber sido aceptada expresamente) para poder ser oponibles al asegurado, requisitos que en el caso analizado no se cumplen y que conlleva el mencionado pronunciamiento por parte del Tribunal Supremo en esta resolución.

Finalmente, en cuanto al último de los motivos alegados por la aseguradora de forma subsidiaria (y, por tanto, de obligada resolución al haber sido desestimados los restantes), que reside en el orden de beneficiarios que se contiene en la póliza, nos encontramos ante una cuestión que no mereció atención alguna en ninguna de las instancias. Esta falta de respuesta en las instancias es «excusada» por la Sala en el hecho de que en la demanda solamente se había solicitado el reconocimiento del derecho del segundo beneficiario, por lo que a eso debían ceñirse los pronunciamientos judiciales. No obstante, entra a resolver el motivo del recurso destacando que efectivamente y aunque la sentencia recurrida no negara expresamente que la entidad prestamista estaba vinculada al seguro objeto del litigio como beneficiaria, es lo cierto que, al considerar que solo se había solicitado el reconocimiento del derecho del segundo beneficiario, vulneró las previsiones legales sobre el orden de llamamiento en caso de pluralidad de beneficiarios. Por esta razón, se estima el tercer motivo de casación con el único efecto de complementar el fallo de la Sentencia de Primera Instancia indicando que con cargo a la suma asegurada deberá entregarse en primer

lugar el saldo pendiente de amortización a la entidad prestamista (ahora beneficiaria) y posteriormente el remanente (si lo hubiere) al asegurado.

Podríamos plantearnos si es o no procedente que precisamente la entidad bancaria que oferta el seguro por medio de su propia compañía de seguros cobre la prima del seguro y posteriormente se sitúe como primera beneficiaria del préstamo, aunque si bien es lo cierto que el seguro se suscribía precisamente para que el mismo respondiese de las cuotas del prestatario en supuestos de incapacidad, dado que lo normal es que en estos casos el afectado vea reducidos de forma importante sus ingresos.

Las dudas que el supuesto analizado arrojan tienen su traslación en la propia sentencia en materia de costas, ya que el Tribunal Supremo, con buen tino, no hace expresa imposición de éstas en ninguna de las instancias: por la estimación parcial del recurso en casación, y en apelación, se fundamenta en la aplicación del artículo 398.2 LEC. Finalmente, en cuanto a la Sentencia de Primera Instancia, la no imposición de costas reside en las dudas de hecho y de derecho existentes, conforme permite el 394.1 LEC.

## 4. CONCLUSIONES

Nos encontramos ante una sentencia con la que el Ordenamiento Jurídico resulta fortalecido al complementar jurisprudencialmente lagunas existentes en la ley aplicable como es la Ley del Contrato de Seguros mediante la armonización de las distintas Salas del Tribunal Supremo ante hechos análogos.

Con esta Sentencia el Tribunal Supremo determina distintas reglas en relación a la fijación del *dies a quo* en función de si el perjuicio se produce por un accidente o deriva de una enfermedad, coordinando la jurisprudencia del Tribunal al fijar una regla general y una excepción.

De todo ello queda claro que en lo relativo al seguro que cubre la incapacidad o invalidez provocada por un accidente, para determinar la fecha del siniestro, lo importante es el momento en el que se produjo el meritado accidente, haya o no posteriormente incapacidad. Sin embargo, en cuanto al seguro que cubre la incapacidad o invalidez por enfermedad común, aquí lo importante es determinar la fecha del hecho causante, para lo que deberá acudirse a la norma que lo fije en el Dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades y, como excepción, la posibilidad de retrotraer a la fecha en el que las secuelas surgieron como permanentes e irreversibles.

César GILO GÓMEZ  
Profesor asociado de Derecho Mercantil  
Universidad de Salamanca  
[cesargilo@usal.es](mailto:cesargilo@usal.es)