

# **Audiencia Provincial**

## **AP de Ciudad Real (Sección 1ª) Sentencia num. 106/2014 de 25 abril**

**SEGURO DE ACCIDENTES:** RECLAMACION DE CANTIDAD: INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL: procedencia: los supuestos de invalidez permanente total deben considerarse asimilables a los supuestos de incapacidad permanente parcial con el límite de cobertura del 100% del capital fijado para ésta, sentido en el que hay que interpretar el «máximo» que precede al capital asegurado: aplicación de los principios «in dubio pro asegurado» y «contra proferentem».

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 406/2013

**Ponente:**Illma. Sra. Mónica Cespedes Cano

La Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Ciudad Real **declara no haber lugar** al recurso de apelación interpuesto por la parte demandada frente a la Sentencia, de fecha 16-10-2013, dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 7 de dicha localidad en juicio ordinario.

**AUD.PROVINCIAL SECCION N. 1**

**CIUDAD REAL**

SENTENCIA: 00106/2014

**AUDIENCIA PROVINCIAL**

**SECCION PRIMERA**

**CIUDAD REAL**

Rollo de Apelación Civil:406/13

Autos : Procedimiento Ordinario nº290/12

Juzgado: 1ª Inst. e Instr. nº7 de Ciudad Real

**SENTENCIA Nº106**

Iltrmos. Sres.

Presidente:

D<sup>a</sup>. MARIA JESÚS ALARCÓN BARCOS

Magistrados:

D. LUIS CASERO LINARES

D<sup>a</sup>. MONICA CESPEDES CANO

CIUDAD REAL, a veinticinco de abril de dos mil catorce.

VISTO en grado de apelación ante esta Sección Primera de la Audiencia Provincial de CIUDAD REAL, los autos de PROCIMIENTO ORDINARIO N<sup>o</sup>290/12, procedentes del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA N<sup>o</sup>7 DE CIUDAD REAL, a los que ha correspondido el Rollo n<sup>o</sup>406/13, en los que aparece como parte apelante, la Cia. MAPFRE CAJA MADRID VIDA SA. representada en esta alzada por el Procurador D. y asistido por el Letrado D. y como apelada, D. representado en esta alzada por el Procurador D<sup>a</sup>., y asistido del Letrado D. siendo Ponente la Ilma. Sra. Magistrada D<sup>a</sup>. MONICA CESPEDES CANO.

#### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** Por el Sr. Juez del Juzgado de 1<sup>a</sup> Instancia n<sup>o</sup>7 de Ciudad Real se dictó sentencia en los referidos autos, de fecha 16 de octubre de 2013 cuya parte dispositiva, literalmente copiada dice así: *"FALLO: Que debo estimar y estimo la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales D<sup>a</sup>. en nombre y representación de D. contra Mapfre, representada por el procurador de los Tribunales D. sobre reclamación de cantidad derivada de responsabilidad contractual, condenando a la demandada a la cantidad de 136.635 euros que deberá pagar a la actora, mas los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (RCL 1980, 2295) desde la fecha de 28 de diciembre de 2.011, condenando a la demandada a satisfacer las costas causadas"*.

**SEGUNDO.-** Notificada la sentencia a las partes, se interpuesto contra la misma recurso de apelación en tiempo y forma por la parte demandada MAPFRE CAJA MADRID, admitiéndose el recurso y dándole el trámite correspondiente, las partes hicieron las alegaciones que estimaron conveniente en apoyo de sus respectivos intereses, elevándose los autos a la Audiencia y correspondiendo a esta Sección por turno de reparto, se formó el correspondiente rollo y se turnó Ponencia, señalándose día para la votación y fallo del recurso.

**TERCERO.-** En la tramitación de esta apelación se han observado las prescripciones legales.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

### PRIMERO

Contra la sentencia dictada se alza la representación procesal de Mapfre Caja Madrid Vida de Seguros y Reaseguros, S.A., que apoya su recurso en los siguientes motivos: **1)** "Infracción de lo dispuesto en el art. 1 y 3 de la Ley 30/1980 (de contrato de seguro. Error interpretación al obviar el término máximo establecido". Considera el apelante que no se han aplicado las condiciones generales unidas a las particulares de las que consta su aceptación, errando el juzgador porque se trata de condiciones delimitadoras del contrato. Añade que el asegurado, en el condicionado particular, declara expresamente aceptar las condiciones y cláusulas limitativas y de exclusión, y que en esas mismas condiciones particulares, en el apartado de riesgos garantizados, cuando se refiere a la invalidez permanente por accidente, se resalta de forma especial que el MÁXIMO son 120.000,00 €. Continúa argumentando que los límites de los riesgos cubiertos, respecto de la incapacidad permanente, se encuentran en el art. 2 del condicionado general, donde se delimita el riesgo que la aseguradora está dispuesto a cubrir con el seguro, y que en el caso concreto de seguro de accidentes la propia LCS en su art. 104 , se remite a los baremos fijados en la póliza. En síntesis, la cláusula no es limitativa sino delimitativa, y por tanto no está sujeta a las exigencias del art. 3 LCS , "el asegurado conocía desde antes de la suscripción de la póliza que en caso de incapacidad parcial se aplicaban los baremos a las enfermedades causante de esta incapacidad, por ello se recogía el término "máximo" en la garantía Incapacidad Permanente." **2)** "En relación con el art. 1 y 3 de la LCS se ha producido también infracción del art. 104 de la LCS". Argumenta Que "... *en caso de incapacidad permanente por accidente (no absoluta) debe aplicarse la garantía que indica "máximo". Este término se utiliza para diferenciar, porque no es lo mismo que se sufra una incapacidad permanente parcial por un dolor en un pie, que una incapacidad absoluta*". Insistiendo, en resumen, en que es aplicable lo dispuesto en el art. 104 LCS , por lo que se infringe el mismo cuando la sentencia recurrida obvia valorar conforme al mismo. **3)** Error en la valoración de la prueba. Reitera que la sentencia " *ha obviado valorar toda la prueba practicada, nada se indica sobre el término "máximo" que se contiene en las garantías suscritas, ni informe pericial aportado* ". **4)** Infracción de lo dispuesto en el art. 20LCS ; motivo que construye argumentando que Mapfre ofreció la cantidad que la misma consideraba conforme a los baremos aplicables y fue abonada, por lo que ha obrado conforme a la diligencia requerida, " *y esperar a la resolución judicial para abonar una cantidad distinta* ". Por

todo lo cual termina interesando el dictado de nueva resolución, por la que, estimando el recurso presentado se dicte nueva sentencia desestimatoria íntegramente de la demanda interpuesta, con expresa condena en costas a la parte actora.

A la estimación del recurso se opone la actora que, tras su extenso alegato, interesa, en síntesis, la confirmación de la sentencia por sus propios fundamentos.

## SEGUNDO

El procedimiento se inicia con apoyo en un contrato de seguro de accidente suscrito por el actor el 28 de Junio de 2009, asociado a otro de préstamo personal, seguro que cubre, por lo que aquí interesa, el riesgo de "Invalidez Permanente por Accidente". (documentos 1, 2 y 6). Hecho probado, además de incontrovertido

El demandante, con fecha 24 de Marzo de 2010 sufrió un accidente laboral, siéndole declarada una Incapacidad Permanente en grado de Total (documento 3 y folios 34 a 36). Hecho probado e incontrovertido.

El 17 de Abril de 2012 tiene entrada la demanda presentada en reclamación de 136.635 €, que resulta de deducir a los 159.135 € del capital asegurado (revalorizado), la suma de 22.500 euros, abonada por la aseguradora, al valorar las secuelas padecidas en un 15% - por asimilación con "pérdida total de movimiento de un tobillo"-, y destinados 7.181,52 € para cancelar el préstamo personal, siendo esa suma la pendiente de amortizar.

Ese es el porcentaje contemplado para el supuesto de invalidez permanente parcial al que se asimila la incapacidad del apelado, y que se fija en el baremo que, sin especial relieve tipográfico, se recoge en el art. 2 de las Condiciones Generales de la póliza.

La sentencia dictada, acogiendo íntegramente la demanda presentada condena a la apelante a abonar la suma reclamada más los intereses del art. 20 LCS , desde el 28 de Diciembre de 2011, fecha en la que la aseguradora tuvo conocimiento del siniestro. Se argumenta que en el condicionado particular no se contiene referencia alguna a porcentaje, reducción o limitación, por lo que, no siendo conocido ni aceptado ningún baremo, con apoyo en el art. 3 LCS y art. 1.288 C.c ., resuelve en la forma dicha.

## TERCERO

Detrás de los motivos esgrimidos para fundar el recurso, lo que viene a argumentarse es, que en el caso, ante un seguro de accidentes, es de aplicar el art. 104 LCS, siendo conocido y aceptado por el asegurado el baremo que aparece en el

condicionado general, que delimita el contenido del contrato por lo que, en tal calidad, esto es, como cláusula definidora que no limitativa, ni tiene que aparecer en las condiciones particulares de la póliza, ni está sometido a las exigencias del art. 3 LCS . Baremo que se ha de aplicar porque " *el asegurado conocía desde antes de la suscripción de la póliza que en caso de incapacidad parcial se aplicaban los baremos a las enfermedades causantes de esta incapacidad, por ello se recogía el término " **máximo** " en la garantía Incapacidad Permanente* " . " *En las mismas condiciones particulares se rubrica por el asegurado que le han sido mostradas antes de este acto las condiciones generales* " "En las condiciones particulares del contrato de seguro objeto de litigio se indica en el segundo recuadro: Durante la vigencia del presente contrato serán de aplicación las condiciones generales: CV-4060". Solamente se exige una aceptación específica para las cláusulas limitativas sirviendo con una aceptación general para cláusulas delimitadoras. La Aseguradora ha cumplido con lo exigido textualmente en el art. 3 de la LCS ."

El recurrente canaliza su impugnación por la vía de la naturaleza de la cláusula, que considera delimitativa que no limitativa de derechos, lo que lleva el debate por los derroteros del art. 3 LCS .

Cuestión resuelta por tan amplia como conocida doctrina jurisprudencial, que por conocida resulta ociosa, pero que, y en cuánto da cumplida respuesta a las alegaciones del aquí recurrente, lleva a citar y transcribir lo argumentado por el TS en sentencia de 1 de Octubre de 2010, cuando dice: "*...al contrato se llega desde el conocimiento que el asegurado tiene del riesgo cubierto y de la prima, según la delimitación causal del riesgo y la suma asegurado con el que se da satisfacción al interés objetivo perseguido en el contrato por lo que **resulta esencial para entender la distinción anterior comprobar si el asegurado** tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto. Dado que totala normativa de seguros está enfocada a su protección, resolviéndose a su favor las dudas interpretativas derivadas de una redacción del contrato, o sus cláusulas, oscura o confusa, la exigencia de transparencia contractual , al menos cuando la perfección del contrato está subordinada, como es el caso de los de adhesión, a un acto de voluntad por parte de solicitante, impone que el asegurador cumpla con el deber de poner en conocimiento del asegurado aquello que configura el objeto del seguro sobre el que va a prestar su consentimiento, lo que supone, en cuanto al riesgo, tanto posibilitar el conocimiento de las delimitativas, como de aquellas que limitan sus derechos, con la precisión de que en este último caso ha de hacerse con la claridad y énfasis exigido por la Ley, que impone que se recabe su aceptación especial.*

*En esta línea, la STS de 15 de julio de 2009 señala que "determinado*

*negativamente el concepto de cláusulas limitativa, su determinación positiva, con arreglo a los distintos ejemplos que suministra la jurisprudencia, debe hacerse por referencia al contenido natural del contrato derivado, entre otros elementos, de las cláusulas identificadas por su carácter definidor de las cláusulas particulares del contrato y del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora. De estos criterios se sigue que el carácter limitativo de una cláusula puede resultar, asimismo, de que se establezca una reglamentación del contrato que se oponga, con carácter negativo para el asegurado, a la que puede considerarse usual o derivada de las cláusulas introductorias o particulares. El principio de transparencia, que constituye el fundamento del régimen especial de las cláusulas limitativas, opera, en efecto, con especial intensidad respecto de la cláusulas que afectan a la reglamentación del contrato".*

*Este es también el criterio que expresa la STS de 18 de mayo de 2009, RC n.º 40/2004, que abunda en la idea de que **lo importante es que el asegurado vea limitados o restringidos sus derechos con relación, por ejemplo, a los que le han sido atribuidos en la parte de la póliza que negoció, que serán los plasmados en las condiciones particulares y no en las generales**, predispuestas exclusivamente por la aseguradora para ser incorporadas a una pluralidad de contratos, **exigiendo para la oposición de cualquier limitación contenida en éstas que conste su expresa aceptación en la forma prevista en el art. 3 LCS**, añadiendo que **la claridad de la póliza en la identificación de las garantías cubiertas convierte en insuficiente, por contradictoria con ella, la declaración asumida como propia por el tomador de conocer y aceptar las limitaciones establecidas en las condiciones generales, tanto más si el contenido de éstas no se transcribe y sólo se identifica el número de cada uno de los artículos que las incorporan, eso sí, con su respectivo epígrafe. Se trata de una referencia insuficiente al respecto.**"*

#### CUARTO

La pretensión del recurrente es que, ante un seguro de accidentes, se entienda que se aceptó expresamente el baremo al presentar, como documento acompañado a la contestación, la póliza, con una aceptación genérica de las condiciones limitativas, y, las "Condiciones Generales", que contiene el baremo y en las que se apoya para aplicar el porcentaje.

Frente a las alegaciones de la apelante, la postura de esta Sala es reiterada, y, además de en la de 6 Septiembre de 2013 ya se mantenía en la sentencia de 28 de Dic.2009 de éste órgano que " *de la difusa delimitación en ocasiones sobre la*

*naturaleza limitativa o delimitadora del riesgo de dichas cláusulas, lo que ha de quedar fuera de toda duda, es que la simple invocación de su carácter delimitador del riesgo, en este supuesto porque la LCS se refiere a baremos de la póliza, conceda una automática aplicabilidad a todo baremo que se oponga, incluido en un condicionado general, al que el particular ni remita, refiera o no conste aceptado, de tal manera que no podamos determinar que dicha aplicabilidad se incardine en la voluntad negocial. Ciertamente que la doctrina Jurisprudencial, apartándose en ocasiones de lo exigido para las cláusulas limitativas, determina su aplicabilidad como cláusula delimitadora del riesgo, más siempre deduciendo una aceptación, al menos tácita, de los baremos incluidos en dicho condicionado, y no sólo porque medie la remisión legal en el art. 104 a los baremos de la póliza, sino porque estos efectivamente se integren en la póliza, bien mediante su expresa inclusión en el condicionado particular, bien por la constancia de la aceptación del condicionado general. En todo caso, y aun obviando las más estrictas exigencias que el art. 3 previene para las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado, ha de estarse a dicha necesaria aceptación, con aplicabilidad de la normativa relativa a las condiciones generales de la contratación, así como las normas tuitivas de derecho de consumo, y las propias que predica el art. 3 para las condiciones generales del contrato."*

Viniendo al supuesto que se propone, la parte actora suscribió un condicionado particular - única parte del contrato que negoció -, del que se obtiene (doc. 1 y 2, folios 23 y 24) que en el capítulo riesgos garantizados y capitales asegurados, figura la "**INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE MÁXIMO 159.135,00**", capital actualizado.

Con todo, en realidad la cuestión que se plantea pasa por interpretar el contrato suscrito. Y llegados a este punto téngase en cuenta que es jurisprudencia consolidada la que por interpretación de los artículos 2 y 3 de la Ley del Contrato de Seguro, entiende que se han de aplicar las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, y en los supuestos de duda, debe regir el principio "in dubio pro asegurado", puesto que el contrato de seguro es un contrato de adhesión.

Y es que las dudas de interpretación causadas por una eventual oscuridad de los términos del contrato no son compatibles con las exigencias de claridad y precisión que imponen tanto el ya citado art. 3 LCS, como el art. 10,1,a) de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios. Esta última (Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, de 19 de julio de 1984), incide en el contrato de seguro - puesto que el asegurado es un consumidor, un destinatario final de un bien, una

prestación o un servicio ( artículo 1.2. LGDCU) -, que por ser un contrato de adhesión, a la hora de interpretarlo, impone tener en cuenta dos principios, uno el de in dubio pro asegurado, y otro in dubio contra proferentem (contra el proponente), que resaltan el carácter ya reiteradamente citado, de contrato de adhesión, que es el de seguro. En resumen y concluyendo, ante un contrato de adhesión, las dudas acerca de la coordinación entre las condiciones particulares con las generales, sobre su coherencia interna, no han de favorecer a la entidad aseguradora retomando toda su fuerza el artículo 1288 del C.c.

Argumentación ya contenida en la sentencia de esta Sala de 6 de Septiembre de 2013 , más arriba citada..

La quesito iuris del recurso pasa, como se dice, por la concreta interpretación del contrato que liga a las partes de este procedimiento, particularmente qué quiere significar aquí el término "máximo", que precede al capital.

Ya se dijo que es incontrovertido, además de probado, que al actor-apelado, se le ha declarado en situación de incapacidad permanente total. Y como bien razona el recurrente en su escrito, no es igual una incapacidad absoluta que una incapacidad parcial, como tampoco es igual, se añade, una incapacidad permanente parcial que una incapacidad permanente total, pues ésta tiene el plus de inhabilitar para el trabajo habitual. Si una incapacidad permanente parcial puede ser desencadenante de una permanente total, puede concluirse que la diferencia entre una y otra afecta, no a su naturaleza, sino a su gravedad o intensidad, por lo que, en trance de interpretar el contrato suscrito, y en aplicación de los principios más arriba citados (in dubio pro asegurado y contra proferentem), los supuestos de invalidez permanente total deben considerarse asimilables a los supuestos de incapacidad permanente parcial con el límite de cobertura del 100% del capital fijado para ésta, sentido en el que habría que interpretar el "máximo" que precede al capital asegurado. Interpretación que se presenta lógica y ajena a cualquier atisbo de arbitrariedad con STS de 22 de Julio de 2008, que sostiene: "*Resulta, en suma, razonable entender que, si no se acepta esta interpretación, la póliza contiene una grave oscuridad en relación con este punto que no es imputable al asegurado, puesto que dimana de la redacción de las condiciones generales impresas en cuya redacción no ha tenido participación y, por ende, aceptada esta interpretación de la sentencia recurrida como resulta obligado en casación, no se advierte que se haya aplicado indebidamente, como sostiene la parte recurrente, la regla in dubio contra proferentem [en la duda, contra el proponente] formulada en el artículo 1288 CC.*"

En consecuencia han de decaer los motivos primero a tercero, invocados por el recurrente.

## QUINTO

Sobre el recargo del interés del art. 20 LCS, cuya inaplicación postula el recurrente, en síntesis, sosteniendo que la cuestión litigiosa es discutible en función de la póliza suscrita, de donde la necesidad de su resolución por los tribunales.

Pero este argumento no puede acogerse, precisamente porque a lo largo de esta resolución se ha hecho hincapié, reiterando que es uniforme y constante la postura de este órgano respecto a la cuestión litigiosa, y se ha hecho eco de algunas resoluciones que van desde 2009 a 2013, por citar algunas. Por lo tanto, la controversia ni es tal ni precisa de un pronunciamiento distinto del que de forma constante y sostenida se viene dando por este tribunal, con la consecuencia del decaimiento del motivo, y con él, del recurso.

## SEXTO

El art. 398.1 en relación con el art. 394 LEC en cuanto a las costas de esta alzada, que serán impuestas al apelante dada la desestimación que de esta resulta.

Vistos los artículos de general y pertinente aplicación

## F A L L O

Por unanimidad, la Sala ACUERDA:

**DESESTIMAR** el recurso de apelación formulado por la representación procesal de MAPFRE CAJA MADRID VIDA de Seguros y Reaseguros, SA, contra la sentencia dictada con fecha 16 de Octubre de 2013, en juicio Ordinario seguido con el número 290/12 en el Juzgado de Primera Instancia número 7 de los de Ciudad Real, y **CONFIRMAR** dicha resolución; con expresa condena en las costas de esta alzada a la parte apelante.

La desestimación del recurso de apelación determina la pérdida del depósito constituido, de conformidad con lo dispuesto en la Disposición Adicional 15ª, apartado 9, de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de junio, del Poder Judicial, introducida por la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, complementaria de la ley de reforma de la legislación procesal para la implantación de la nueva oficina judicial.

Notifíquese esta resolución a las partes personadas haciéndoles saber que contra la misma sólo cabe interponer recurso de casación del art. 477.2.3º de la LEC y o extraordinario por infracción procesal, el cual habrá de presentarse en el plazo de veinte días ante este mismo Tribunal, contados desde el día siguiente a la notificación de aquélla. Previa o simultáneamente a la presentación del recurso o recursos deberá constituirse depósito por importe de 50 euros (CINCUENTA EUROS) por cada uno de

ellos cantidad que deberá ser ingresada en el Cuenta de Consignaciones de este órgano judicial 1376-0000-06 (casación) y 04 (infracción procesal)-00XX (número de rollo)-XX (año).

Igualmente a la interposición del recurso deberá el recurrente presentar justificante de pago de la TASA correspondiente, con arreglo al modelo oficial y debidamente validado, conforme determina el artículo 8.2 de la Ley 10/2012 de 20 de noviembre, que regula determinadas tasas en el ámbito de la Administración de Justicia.

Y una vez firme, devuélvase los autos originales con testimonio de ella al Juzgado de procedencia a sus efectos.

Así por nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

**PUBLICACIÓN.-** Leída y publicada fue la anterior sentencia por el Ilmo. Sr. Magistrado Ponente, hallándose el Tribunal celebrando audiencia pública en el día de su fecha. Doy fe.