

# Audiencia Provincial

## AP de Barcelona (Sección 1ª) Sentencia num. 654/2007 de 21 diciembre

**SEGURO DE VIDA:** reclamación de cantidad: procedencia: seguro colectivo de vida e incapacidad: determinación del momento temporal de la incapacidad al haberse cancelado la póliza: informes médicos que determinan la existencia de dicha incapacidad dentro del periodo de vigencia de la póliza: irrelevancia que la declaración administrativa de incapacidad sea muy posterior a dichos informes: poliza que no condiciona la indemnización a dicha declaración administrativa.

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 669/2006

**Ponente:**Ilmo. Sr. D. Antonio Ramón Recio Córdova

AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA

SECCIÓN PRIMERA

### **SENTENCIA Nº**

Recurso de apelación nº 669/06

Procedente del procedimiento nº 56/06 Juicio ordinario

Tramitado por el Juzgado de 1ª Instancia nº 1 de Berga

La Sección Primera de la Audiencia Provincial de Barcelona, formada por los Magistrados DÑA. Mª DOLORS PORTELLA LLUCH, DÑA. LAURA PÉREZ DE LAZÁRRAGA VILLANUEVA y DON ANTONIO RECIO CORDOVA actuando la primera de

ellos como Presidente del Tribunal, ha visto el recurso de apelación nº 669/06 interpuesto contra la sentencia dictada el día 6 de

junio de 2006 en el procedimiento nº 56/06 tramitado por el Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Berga, en el que son

recurrentes AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY (ALICO), y apelado DON ,  
previa deliberación,

pronuncia en nombre de S.M. el Rey de España la siguiente

## S E N T E N C I A

Barcelona, 21 de diciembre de 2007

### ANTECEDENTES DE HECHO

#### PRIMERO

La sentencia antes señalada, tras los correspondientes Fundamentos de Derecho, establece en su parte dispositiva lo siguiente: FALLO: ESTIMO íntegramente la demanda interpuesta por D. contra AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, y en consecuencia debo condenar y condeno a AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY a abonar a D. la cantidad de 60.101,21 euros, más los intereses legales previstos en el art. 20 de la LCS desde la fecha del siniestro (1 de junio de 2005 ) hasta su completo pago. Todo ello con imposición de costas a la parte demandada.

#### SEGUNDO

Las partes antes identificadas han expresado en sus respectivos escritos de apelación y, en su caso, de contestación, las peticiones a las que se concreta su impugnación y los argumentos en los que las fundamentan, que se encuentran unidos a los autos.

Fundamenta la decisión del Tribunal el Magistrado Ponente DON ANTONIO RECIO CORDOVA.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

#### PRIMERO

El actor, D. , apuntaba en su escrito inicial que en el año 1987 suscribió un seguro de grupo voluntario con la entidad demandada, AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, que cubría el pago de una indemnización equivalente a 60.101,21 euros en caso de muerte e incapacidad profesional total y permanente; y como quiera que en fecha 1 de junio de 2005 causó baja laboral por hallarse totalmente incapacitado para el ejercicio de cualquier profesión, es por lo que reclama la pertinente indemnización cubierta por la póliza.

La aseguradora demandada se opuso a tal reclamación en su escrito de contestación a la demanda, apuntando que, si bien el actor, mediante la suscripción

de la correspondiente solicitud, se adhirió al Contrato de Seguro Temporal de Vida, Póliza nº 32277, que la demandada tenía suscrito con D. como Tomador del Seguro desde fecha 21 de julio de 2007, lo cierto es que en fecha 1 de julio de 2005 la póliza fue cancelada, estando en vigor, por tanto, hasta el 30 de junio de 2005; de esta forma el siniestro por el que reclama el actor se produjo cuando la póliza ya no estaba en vigor dado que la resolución del INSS que declaró al actor en situación de Incapacidad Permanente en grado de Absoluta para todo trabajo, derivada de enfermedad común, es de fecha 9 de agosto de 2005, y la misma se señala con efectos desde el día 14 de Julio de 2005, lo que supone que a hasta esa fecha estuvo en situación de incapacidad temporal que no era indemnizable a tenor de la póliza, pues se trata de una invalidez distinta a la cubierta por el contrato de seguro, por lo que no procede el abono de la indemnización solicitada.

## SEGUNDO

La sentencia de instancia, tras establecer que "efectivamente la póliza fue cancelada cumpliendo los requisitos exigidos en el propio contrato, con 60 días de antelación a la fecha de finalización de la misma (30 de junio de 2005)", estima íntegramente la demanda por considerar que "el hecho generador de la invalidez permanente de D., declarada por el INSS en fecha 9 de agosto de 2005 con efectos desde el 14 de julio de 2005, se produjo en el momento de la incapacidad temporal, 1 de junio de 2005".

Frente a tal resolución se alza la aseguradora demandada por tres motivos:

1º Infracción de los artículos 1 LCS, 1255 y 1281 CC: El actor se encuentra en situación de incapacidad laboral desde fecha 14 de julio de 2005, (así lo declaró el INSS), estando cancelada la póliza desde fecha 30 de junio de 2005, "por lo que dicha situación no se encontraba cubierta por la póliza suscrita con mi mandante, al haber sido cancelada ésta con fecha 30 de Junio de 2005".

2º Infracción del artículo 20.8 LCS : "Concurren diversas causas (ausencia de cobertura de la póliza según las propias estipulaciones de la misma, legislación y jurisprudencia invocadas que determinan la inaplicación de la normativa de la Seguridad Social a los contratos de seguros privados) que justifican suficientemente que mi representada no accediera al abono de las indemnizaciones solicitadas por el actor, por lo que, entendemos que en ningún caso procede la aplicación de los intereses por mora recogidos en el artículo 20.4 LCS ".

3º Serias dudas de hecho y de derecho que justifican la no imposición de costas al haber resultado imprescindible acudir al presente procedimiento para poder determinar si procedían o no las pretensiones del actor.

La parte actora se opone a la apelación e interesa la confirmación de la sentencia de instancia, con imposición de las costas de la alzada a la recurrente.

### TERCERO

Planteado el debate en esta segunda instancia en los términos referidos en el numeral anterior, y dado que no existe discusión alguna entre los litigante acerca de la cobertura de la póliza respecto al riesgo acaecido (incapacidad profesional total y permanente del demandante), así como la anulación de la póliza en fecha 1 de julio de 2005, es claro que la resolución del recurso tan sólo exige establecer si tal riesgo se produjo en una fecha en que la póliza estaba en vigor.

La aseguradora recurrente considera que se debe atender a la fecha en que es declarada la incapacidad permanente por el INSS (9/08/05) o, en el peor de los casos, la fecha a la que se retrotraen los efectos de tal declaración administrativa (14/07/05), y en ambos casos el siniestro estaría fuera de la cobertura temporal del contrato de seguro.

Sentado lo anterior, conviene comenzar por recordar que dentro del objeto del seguro suscrito por la aseguradora demandada se encuentra la Invalidez Profesional, Total y Permanente, precisando que "a los efectos de este seguro, se entiende por Invalidez Profesional Total y Permanente la situación física irreversible, consecuencia directa de accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual expresamente declarada en el Boletín de Adhesión o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales".

Pues bien, entendemos que la cuestión esencial para ofrecer adecuada respuesta al recurso es establecer en qué momento se desencadena la enfermedad del actor, determinante de la situación de incapacidad permanente absoluta finalmente declarada por el INSS, y a éste respecto es de observar que obra en autos informe médico emitido por el Doctor Money Sánchez de fecha 23 de junio de 2005 (doc.nº7 de la demanda) donde tras describir los cuadros clínicos que padece el actor, concluye que "es troba INCAPACITAT per a tot tipus de treball de manera permanent TOTAL I ABSOLUTA, inclusiu per a treballs sedentaris doncs no es capaç de respondre a les exigencies del mon laboral".

En consecuencia, hemos de concluir con la instancia que corresponde a la aseguradora demandada hacer frente a la oportuna indemnización al haberse producido el riesgo cubierto cuando la póliza aún estaba en vigor.

Obsérvese que en la póliza se recoge de forma expresa como Riesgos Excluidos:

"Las consecuencias de accidentes ocurridos o enfermedades originadas antes de la fecha de efecto de esta cobertura respecto del Asegurado de que se trate"; lo que supone que es la propia aseguradora la que en las cláusulas de la póliza nos ofrece el argumento utilizado en la sentencia apelada para considerar el siniestro cubierto por la demandada, esto es, si la enfermedad determinante del riesgo se ha originado o no durante la vigencia de la póliza, independientemente de que la declaración administrativa de incapacidad resulte posterior y reconozca efectos a fecha anterior debido a que el trabajador se encontraba en el preceptivo periodo de incapacidad temporal.

Y no debe desconocerse que la redacción del contrato del seguro se efectúa precisamente por la aseguradora demandada de modo que si lo pretendido era condicionar la cobertura ofrecida a la declaración administrativa de incapacidad permanente, así debía haberlo expresado con claridad, sin que resulte posible una interpretación que favorezca a la persona que ha redactado la cláusula oscura (art.1288 CC ).

Por último, y en apoyo de lo hasta ahora razonado, cabe citar el Fundamento de Derecho Segundo de la sentencia del Tribunal Supremo de 24 de mayo de 2005 :

"La recurrente, en efecto, discrepa del "hecho causante" que hace surgir la obligación indemnizatoria que es inherente al asegurador, es decir, cual es el riesgo objeto de cobertura. En definitiva, si el siniestro se produce cuando se inicia una enfermedad, "o si por el contrario, se produce cuando se objetiva la invalidez".

La Audiencia, con apoyo en las razones de similitud que ofrecen las enseñanzas de la jurisprudencia de esta Sala y, especialmente, de la sentencia del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1993 , que establece tal doctrina, aunque manifestada en relación con el aseguramiento de las consecuencias derivadas de los accidentes, la considera de plena aplicación, en este caso, puesto que ninguna otra cosa se deriva del clausulado contractual obrante en autos, de manera, que si la enfermedad determinante de la incapacidad absoluta de la demandante se produjo durante el periodo de vigencia de la póliza suscrita con "A.", ésta será la obligada a abonar las cantidades pactadas, no obstante, que administrativamente se haya declarado con mucha posterioridad, y ello porque se ha tratado de un siniestro ocurrido antes del 31 de marzo de 1991 aunque no se haya declarado hasta después y, por tanto, está dentro de los supuestos a que se refieren los acuerdos existentes entre la aseguradora y la tomadora del seguro para proceder a la resolución de la póliza y regular los efectos de tal resolución conforme consta en autos y la propia codemandada admite".

Por tanto, el primer motivo del recurso no puede prosperar.

#### CUARTO

No mejor suerte han de correr los otros dos motivos referidos a la condena al demandado al pago de los intereses previstos en el art.20 LCS y las costas, y ello por cuanto no se advierte causa justificada alguna que permitiera a la aseguradora demorar el pago de la indemnización, así como tampoco dudas de hecho ni de derecho en la medida en que la jurisprudencia del Tribunal Supremo es clara en casos como el presente y buena prueba de ello es la sentencia anteriormente citada, a la que cabe añadir las invocadas de forma acertada en la resolución de instancia.

#### QUINTO

En atención a todo lo expuesto se ha de desestimar el recurso de apelación interpuesto por la parte actora, procediendo, en consecuencia, la confirmación de la sentencia de instancia, con imposición de las costas devengadas en esta alzada a la recurrente al desestimarse sus pretensiones (arts.394.1 y 398.1 LEC ).

#### F A L L O

El Tribunal acuerda: Desestimamos el recurso de apelación interpuesto por la representación de AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY (ALICO) contra la sentencia de 6 de junio de 2006 dictada por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 1 de Berga , que confirmamos en todos sus extremos, siendo a cargo de la indicada recurrente las costas devengadas en esta alzada.

Firme esta resolución, devuélvanse los autos al Juzgado de su procedencia, con certificación de la misma.

Pronuncian y firman esta sentencia los indicados Magistrados integrantes de este Tribunal.