

Audiencia Provincial

AP de León (Sección 1ª) Sentencia num. 104/2014 de 16 junio

SEGURO DE PERSONAS: SEGURO SOBRE LA VIDA E INCAPACIDAD:
RECLAMACIÓN DE CANTIDAD: ESTIMACIÓN: declaración de incapacidad absoluta
del asegurado: el asegurado no falseó la información sobre su estado de salud:
existencia de una situación física irreversible: la aseguradora no intenta comprobar la
existencia de la situación de invalidez absoluta objeto de indemnización, limitándose
a negar, tan sólo, la eficacia de la declaración administrativa de invalidez.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 92/2014

Ponente:Ilmo. Sr. D. Ana del Ser López

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 1

LEON

SENTENCIA: 00104/2014

ROLLO: RECURSO DE APELACIÓN Nº. 92/14.

PROCEDIMIENTO ORDINARIO Nº. 226/13,

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº. 7 DE PONFERRADA.

SENTENCIA Nº 104/2014

Ilmos. Sres.

Dª. PILAR ROBLES GARCÍA.-Presidenta en funciones.

Dº. RICARDO RODRIGUEZ LOPEZ.- Magistrado.

Dª. ANA DEL SER LOPEZ.- Magistrada Ponente.

En la ciudad de León, a 16 de Junio de 2014.

VISTO ante el Tribunal de la Sección Primera de esta Audiencia Provincial el

recurso de apelación civil Nº. 92/2014, correspondiente al Procedimiento Ordinario nº. 226/2013 del Juzgado de Primera Instancia nº. 7 de Ponferrada, en el que ha sido parte apelante la entidad **CATALANA OCCIDENTE S.A.**, representada por el Procurador Sr. siendo parte apelada **D.**, representado por la Procuradora, actuando como Ponente para este trámite la **Ilma. Sra. D^a. ANA DEL SER LOPEZ.**

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La Ilma. Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia Nº. 7 de Ponferrada dictó sentencia en los referidos autos, cuya parte dispositiva, literalmente copiada dice así: " **FALLO:** Que estimando la demanda presentada por la Sra. Procuradora de los Tribunales en nombre y representación de contra Seguros Catalana Occidente, debo condenar y condeno a la demandada a que abone a la actora la cantidad de 173.000 euros así como los intereses del artículo 20 de la Ley de contrato de seguro y costas".

SEGUNDO.- Contra la relacionada sentencia, que lleva fecha 30 de diciembre de 2.013 , se interpuso recurso por la parte demandada, por cuyo motivo se elevaron los autos a esta Audiencia, ante la que se personaron dentro del término del emplazamiento y en legal forma, las partes litigantes y seguidos los demás trámites se señaló el día 3 de junio de 2014 para deliberación y fallo.

TERCERO.- En la tramitación del presente recurso se han observado todas las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

.- Cuestiones controvertidas.

En la demanda se ejercita una acción de reclamación de la cantidad prevista en la póliza de seguro que fue contratada entre las partes litigantes y que se corresponde con la incapacidad absoluta que el 30 de abril de 2012 le fue declarada al asegurado.

La Sentencia de Primera Instancia considera que el asegurado no falseó la información sobre su estado de salud y estima como no puesta la clausula 7 del condicionado general de la póliza, así como el año de carencia que se contempla en dicho condicionado. Estas cuestiones no son discutidas en la alzada.

La resolución recurrida estima la acción de reclamación ejercitada considerando acreditada la situación de invalidez absoluta que es objeto de cobertura. Una vez declarada la nulidad de la clausula 7 de las condiciones generales que establece un procedimiento de determinación de la invalidez, la Sentencia de Instancia argumenta

sobre la declaración por un órgano administrativo como mecanismo válido para concretar el estado de incapacidad y en consecuencia estima la demanda.

Este apartado de los razonamientos de la Sentencia es objeto de discusión en el escrito de recurso. La entidad aseguradora considera que la resolución del órgano administrativo que se tiene en cuenta para justificar la situación de invalidez del asegurado no es definitiva pues admite revisión por mejoría a partir del día 1 de abril del presente año. Solicita que se desestime la demanda y en todo caso que no se impongan intereses ni costas.

SEGUNDO

Análisis del riesgo contratado en la póliza de seguro.

Nos encontramos ante un contrato de seguro de personas y, concretamente, ante un contrato de seguro de vida y de incapacidad. Entre las garantías contratadas y descritas en las condiciones particulares se encuentra la prestación por "Invalidez absoluta". En las condiciones generales se define la invalidez absoluta como "la situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente totalmente independientes de la voluntad del Asegurado.....determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución".

Esta definición delimita el riesgo, con independencia del carácter que una parte de la condición 5.1 de las condiciones generales pudiera tener en cuanto cláusula limitativa de derechos, concretamente el periodo de carencia de un año, cuestión que ya no discute en esta alzada la entidad aseguradora. Pero lo que no admite dudas es que la invalidez absoluta que es objeto de cobertura debe ser una situación física irreversible, definición que efectivamente resulta válida como delimitación del riesgo asegurado.

Por otro lado, las condiciones generales regulan en el apartado 7 el sistema para la comprobación del estado de invalidez. Este sistema ha sido declarado en la resolución de Primera Instancia como lesivo para el asegurado por dejar a la exclusiva voluntad de la aseguradora la determinación de la situación de invalidez. Este extremo tampoco se discute en esta segunda instancia por lo que no contamos con una referencia válida que permita la determinación de la situación de invalidez que es objeto de cobertura por la póliza y que daría lugar al pago de la suma asegurada.

Para finalizar este apartado de exposición previa de los términos del debate, debemos recordar que el art. 217 de la LEC impone al actor la prueba de la certeza de

los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda o de la reconvencción, y a la parte demandada la de los que impidan, extingan o enerven la eficacia de los primeros. En este caso, el actor presenta la declaración administrativa de incapacidad absoluta como prueba de su estado de invalidez, así como su historial médico.

TERCERO

Valoración probatoria de la documentación aportada. Irreversibilidad de la incapacidad del asegurado.

Es doctrina reiterada del Tribunal Supremo que "el informe del INSS, en caso alguno vincula a la jurisdicción civil". El contrato de seguro no surte efectos en las condiciones pactadas con la sola aportación de un documento emitido por un órgano administrativo que no puede vincular mediante sus decisiones a los tribunales civiles, por cuanto "las condiciones personales y laborales de la persona en cuestión, no le hacen merecedora de beneficiarse de las cláusulas de un contrato de seguro (STS de 19 de julio de 2000). Hay que añadir que la calificación de incapacidad permanente del trabajador, aun cuando sea absoluta, es una declaración no definitiva, dado que se somete a su revisión en fecha futura.

Por otro lado, la naturaleza del contrato persigue la cobertura indemnizatoria en virtud de unos hechos definitivos, como el fallecimiento o la invalidez absoluta y permanente, esto es, no reversible. El marco legal en el que debemos movernos, no es otro que el contractual, la naturaleza de este tipo de cláusulas y su contenido concreto. Pues bien, para evitar que la declaración administrativa de invalidez sea la referencia fundamental que determine la calificación que dará lugar a indemnización, se pueden fijar fórmulas que definan o permitan concretar dicho estado de incapacidad absoluta. Así se hace en el contrato de seguro objeto de análisis pero con una redacción tan confusa y perjudicial para el asegurado que la Juez de Primera Instancia entendió que se trataba de clausulas lesivas y por tanto nulas.

Al no contar ya con ningún sistema que permita concretar el estado de invalidez irreversible que motiva el pago de la suma asegurada, debemos aplicar las reglas generales sobre carga de la prueba. Así el actor debe justificar de forma clara que la enfermedad ha causado un estado de incapacidad absoluta y permanente.

La prueba que se presenta resulta suficiente para acreditar el estado de invalidez del demandante. Los informes médicos que documentan su enfermedad muestran el carácter grave de la misma y de ninguno de los mismos se puede deducir que la evolución haya sido tan favorable que le permita realizar sus tareas laborales

nuevamente y que haya superado el estado de invalidez que indudablemente le produjo la enfermedad.

Las referencias a la revisión, que por agravación o mejoría se tiene que producir, son a efectos administrativos y no implican como prueba que el estado de invalidez sea reversible, que es la cuestión que se está discutiendo en este recurso. La entidad aseguradora no ha realizado esfuerzo probatorio alguno para lograr justificar que el estado del actor, que resulta de los informes médicos aportados, supondrá una mejoría en el futuro y que en definitiva se trata de una situación reversible. La previsión de revisión que se impone administrativamente no significa el incumplimiento del requisito necesario para que concurra la situación de incapacidad permanente y absoluta. Las declaraciones de incapacidad no vinculan en el orden civil pero resulta correcto admitir como prueba de la situación de invalidez la declaración administrativa junto con los informes médicos, de forma que el actor acredita así la concurrencia de los hechos constitutivos de su pretensión, sin que se le pueda exigir mayor esfuerzo probatorio ni tampoco que espere a que su situación administrativa se consolide. El que la declaración administrativa sea revisable por el INSS no excluye su indemnización por el contrato de seguro. Y es la compañía aseguradora la que no justifica la mejoría del asegurado ni tampoco la previsión sobre la evolución de la enfermedad que pudiera dar lugar a la exclusión de la indemnización si la incapacidad deja de ser absoluta o si la situación ya no resulta ser irreversible. Añadiremos que el proceso ha de resolverse teniendo en cuenta la situación jurídica objeto del pleito tal y como se hallara éste en el momento de interponerse la demanda, es decir, conforme a la situación de hecho y de derecho en que estaban las partes y las cosas objeto de ellos al presentarse aquélla, momento en el que resulta indudable que concurría la incapacidad absoluta que permitía la reclamación del asegurado.

Nos resulta, en consecuencia, correcta la argumentación desarrollada en la Sentencia de Primera Instancia en el sentido de que la aseguradora no ha respetado el procedimiento de fijación de la invalidez que se fijó en el contrato, aún cuando fuera abusivo, ni tampoco ha gestionado otra forma de comprobación de la situación de incapacidad, limitándose a negar la eficacia de la declaración administrativa y su permanencia. Entendemos que el actor cumple con la carga de la prueba que le correspondía y es la entidad demandada la que se verá perjudicada por su falta de justificación de la situación de reversibilidad que alega concurre en la incapacidad del demandante.

CUARTO

Intereses del artículo 20 de la LCS .

El establecimiento de los intereses moratorios a cargo de las aseguradoras que no cumplen con presteza su obligación reparadora (art. 20LCS) trata de estimular la acción prestacional de las Compañías, a la vez que encierra una sanción a la entidad aseguradora morosa en el cumplimiento de sus obligaciones reparadoras.

Conforme al art. 20.8ª LCSP "No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o del pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable". En este caso, la aseguradora no actuó diligentemente, por lo que se considera correcta la condena al pago de los intereses moratorios del artículo 20 de la LCS . Y las dudas interpretativas existen en la mayoría de procedimientos de esta naturaleza sin que puedan justificar la no aplicación de los intereses legales analizados.

Es doctrina reiterada del TS - SSTS 25 de febrero de 2014 , 19 de junio 2008 ; 16 de diciembre 2013 - que "la oposición que llega a un proceso hasta su terminación normal por sentencia, que agota las instancias e incluso acude a casación, no puede considerarse causa justificada o no imputable, sino todo lo contrario". Es igualmente doctrina reiterada que "la indemnización establecida en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro tiene desde su génesis un marcado carácter sancionador y una finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador, cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización capaz de proporcionar la restitución íntegra del derecho o interés legítimo del perjudicado. La mora de la aseguradora únicamente desaparece cuando de las circunstancias concurrentes en el siniestro o del texto de la póliza surge una incertidumbre sobre la cobertura del seguro que hace precisa la intervención del órgano jurisdiccional ante la discrepancia existente entre las partes al respecto, en tanto dicha incertidumbre no resulta despejada por la resolución judicial."

Nada de esto se da en este caso en el que la aseguradora no intentó comprobar la existencia de la situación de invalidez absoluta objeto de indemnización, limitándose a negar la eficacia de la declaración administrativa. Por tanto, las dudas planteadas en el proceso no sirven como causa justificada para no imponer el recargo legal.

Tampoco podemos admitir las alegaciones fundadas en las condiciones generales de la póliza sobre la forma de pago de las prestaciones pues se trata de una cuestión nueva que no puede plantearse de forma sorpresiva en esta segunda instancia.

QUINTO

Costas.

En cuanto a las costas de la primera instancia será de aplicación lo dispuesto por el artículo 394 de la LEC. Al ser total la estimación de la demanda procede la condena en costas de la entidad demandada pues no se aprecian dudas de hecho o jurídicas de suficiente entidad que permitan excepcionar el principio del vencimiento objetivo en esta materia.

Conforme dispone el artículo 398 de la LEC , se impondrán las costas de este recurso a la parte recurrente.

VISTOS los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación al caso,

FALLAMOS

DESESTIMAMOS el recurso de apelación formulado por la representación procesal de la entidad **CATALANA OCCIDENTE S.A.**, contra la Sentencia dictada por el Juzgado de primera instancia nº. 7 de Ponferrada de fecha 30 de diciembre de 2013 , en los autos de Juicio Ordinario Nº. 226/13, que Confirmamos en su integridad, con imposición de las costas de esta alzada a la parte recurrente.

Se acuerda la pérdida del depósito constituido para recurrir al que se dará el destino legal. Notifíquese a las partes personadas y remítanse las actuaciones al Servicio Común de Ordenación del Procedimiento para continuar con su sustanciación.

MODO DE IMPUGNACIÓN: contra esta resolución cabe interponer recurso de casación ante este tribunal, únicamente por la vía del interés casacional, y, en su caso y en el mismo escrito, recurso extraordinario por infracción procesal, a presentar en el plazo de veinte días a contar desde el siguiente a su notificación.

Así por esta Sentencia, y de la que se unirá certificación al Rollo de Sala, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.