

Audiencia Provincial

AP de Madrid (Sección 21ª) Sentencia num. 6/2013 de 15 enero

SEGURO SOBRE LA VIDA: INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO: estimación:
abono previo de invalidez permanente.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 356/2011

Ponente:Illma. Sra. Rosa María Carrasco López

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 21

MADRID

SENTENCIA: 00006/2013

AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID

Sección 21

1280A

C/ FERRAZ, 41

Tfno.: 914933872-73-06-07 Fax: 914933874

N.I.G. 28000 1 0002623 /2011

Rollo: RECURSO DE APELACION **356 /2011**

Proc. Origen: PROCEDIMIENTO ORDINARIO 213 /2010

Órgano Procedencia: JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 62 de MADRID

Ponente:ILMA. SRA. Dª ROSA Mª CARRASCO LÓPEZ

MB

De: MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS

Procurador:

Contra:

Procurador: **SENTENCIA**

MAGISTRADOS Ilmos Sres.:

D. GUILLERMO RIPOLL OLAZABA

D^a ROSA MARIA CARRASCO LOPEZ

D. RAMON BELO GONZALEZ

En Madrid, a quince de enero de dos mil trece. La Sección Vigésimoprimera de la Audiencia Provincial de Madrid, compuesta por los Señores Magistrados expresados al margen, ha visto en grado de apelación los autos de juicio ordinario número 213/2010, procedentes del Juzgado de 1ª Instancia nº 62 de Madrid, seguidos entre partes, de una, como Apelante- Demandado: Mapfre Vida; S.A., y de otra, como Apelado-Demandante:.

VISTO, siendo Magistrado Ponente la Ilma. **Sra. D^a ROSA MARIA CARRASCO LOPEZ**.

I.- ANTECEDENTES DE HECHO

La Sala acepta y da por reproducidos los antecedentes de hecho de la resolución recurrida.

PRIMERO.- Por el Juzgado de 1ª Instancia nº 62 de Madrid, en fecha 17 de enero de 2011, se dictó sentencia , cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: "FALLO: Que estimo la demanda formulada por la Procuradora de los Tribunales Sra. en nombre y representación de D., y condeno a MAPFRE VIDA, S.A., representada por el Procurador de los Tribunales Sr. al pago de la cantidad de 348.982,51 euros, junto a los intereses previstos en el artículo 20 de la L.C.S . en los términos reclamados, con expresa imposición de las costas procesales causadas en el presente procedimiento a la demandanda". Dictándose Auto Aclaratorio con fecha 1 de febrero de 2011 cuya parte dispositiva dice "SE RECTIFICA el FALLO de la Sentencia dictada en el presente procedimiento el día 17/01/11, en el sentido de que donde se dice "y condeno a MAPFRE VIDA S.A., representada por el Procurador de los Tribunales Sr., al pago de la cantidad de 349.982,51 euros," debe decir "**y condeno a MAPFRE VIDA S.A., representada por el Procurador de los Tribunales Sr. al pago de la cantidad de 48.982,51 euros,**".

SEGUNDO.- Contra la anterior resolución se interpuso recurso de apelación por la

parte demandada, admitido en ambos efectos, se dio traslado del mismo a la parte apelada, quién se opuso en tiempo y forma. Elevándose los autos junto con oficio ante esta Sección, para resolver el recurso.

TERCERO.- Por providencia de esta Sección, de 16 de noviembre de 2012, se acordó que no era necesaria la celebración de vista pública, señalándose para deliberación, votación y fallo el día 14 de enero de 2013.

CUARTO.- En la tramitación del presente procedimiento han sido observadas en ambas instancias las prescripciones legales.

II.- FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

La sentencia que puso fin a proceso del que trae causa esta apelación estimó la acción de reclamación de D. contra MAPFRE, entidad aseguradora a la que condenó a abonar la cantidad de 48.982,51 euros en concepto de principal, que era el capital asegurado en la póliza de vida suscrita por D^a Julia con la demandada, quien no había cumplido pese a las reclamaciones realizadas tras comunicar el fallecimiento ocurrido el 31 de mayo de 2008 y remitido la documentación solicitada por la aseguradora, siendo los motivos no compartir lo alegado al contestar por la aseguradora quien reprodujo en esencia las razones dadas al actor extrajudicialmente para no abonarle dicha suma.

La entidad aseguradora rechazó que estuviera obligada a abonar la cantidad que le era reclamada, "sólo y en base a las Condiciones Particulares" porque, según expuso al contestar, la asegurada conocía y aceptaba al firmar las condiciones particulares las "generales y/o especiales", folio 73, porque aquéllas no tenían eficacia por sí mismas, según se indicaba en las propias condiciones particulares; la causante del actor conocía según la parte cuáles eran las condiciones especiales para los seguros complementarios. Y según éstas el seguro de vida quedó "automáticamente anulado" al abonar la prestación garantizada por dicho seguro complementario. Añadiendo a su vez que en ningún caso el contrato garantizaba de forma acumulativamente todas las garantías suscritas, conclusión a la que llegaba no solo de la interpretación que se hacía del contrato en el que se remitía a las condiciones especiales, entre las que se hallaba la 2.2 referida, sino por razón de la expresión "además" utilizada por la demandada en su información a la aseguradora, rechazando la interpretación del actor de "la forma adverbial de "además"" porque según la aseguradora, folio 74, dicho adverbio ha de interpretarse de forma "recta y literal", que lo ha de ser en el sentido de "no impide que además, garantice también Invalidez Permanente y Absoluta", pero sin que de aquél se pueda concluir la acumulación de garantías.

Como ya se ha indicado el tribunal de instancia no consideró ajustada a derecho la interpretación que del contrato hacía la aseguradora MAPFRE, rechazando la interpretación no solo del adverbio "además" sino de la aceptación de las condiciones generales y especiales al no haber sido firmadas por la contratante, por tanto no aceptadas ni siquiera conocidas. A esta conclusión llegó tras interpretar el contrato y valorar la prueba testifical practicada, deduciendo ante la diferencia entre condiciones particulares y especiales, que "la cláusula de las condiciones especiales de seguros complementarios ...se considera limitativa porque frente a la más amplia cobertura que era objeto de seguro ... se viene a establecer una cobertura mucho más limitada aludiendo a la anulación del contrato tras el abono de la prestación por incapacidad garantizada, pero lo cierto es que en la póliza firmada ni se establece expresamente ni tampoco se deduce de ninguno de sus apartados" por lo que entendía vulnerado el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro , y a su vez las normas de interpretación a las que este precepto se refiere al exigir claridad y precisión para las condiciones generales y particulares, existiendo una evidente contradicción entre "además" y esa condición en la que fundamentaba la parte su petición absolutoria.

Contra lo resuelto se alza la apelación de la aseguradora/demandada MAPFRE quien tras hacer una serie de alegaciones en las que se incluyen hechos objetivos e interpretaciones de lo actuado por las partes extrajudicialmente, concretó cuál era el debate, él mismo que en la instancia, determinar si procedía el pago o no de la indemnización por fallecimiento de la asegurada aún cuando previamente se había abonado la garantía por invalidez que era el seguro complementario, también contratado en su día. Y el motivo de discrepancia no es otro que entender incorrectamente interpretada la póliza al no considerarla de forma unitaria, integrada por todas las condiciones y estipulaciones referidas a los seguros principal y complementarios suscritos, evidenciándose esa integración por ser la prima única, evidencia de no estar ante una multiplicidad de seguros que permitiría la supervivencia de un seguro una vez abonada una de las garantías y "privar de valor y eficacia a lo que las partes tienen consentido con su firma en el documento que recogen las condiciones particulares no controvertido ni impugnado". Considera erróneo que no se hayan interpretado las condiciones tanto generales como especiales de forma sistemática, sin tener en cuenta que el seguro de invalidez era complementario por lo que, atendido el riesgo, el efecto o consecuencia fue la extinción de la póliza por este motivo y por lo dispuesto en la condición 2.2, aceptada de contrario por la remisión existente, sin que tuviera que ser expresamente firmada porque no era limitativa sino delimitadora de derecho según la jurisprudencia del Tribunal Supremo de 11 de septiembre de 2006. Y por último aun considerando el dato de la transferencia de dinero realizada por el actor para pago del segundo

trimestre de la prima, irrelevante, así lo afirma en el recurso, consta probado que los recibos remitidos por la aseguradora fueron abonados, la misma dejó de emitirlos tras el pago de la prestación por invalidez, y fue ante esto que el actor hizo una transferencia para pago del siguiente trimestre, sin que conste dato objetivo del que derivar que se remitió ese dinero con un fin distinto al mero cumplimiento de la obligación de pago de la prima.

El demandante solicitó que la sentencia fuera confirmada, tras varias precisiones referidas a las alegaciones fácticas contenidas en el recurso -concretó fechas erróneamente transcritas por la recurrente y aclaró el sentido de la transferencia realizada, que lo era en pago como había afirmado a lo largo de toda la instancia, no para rehabilitar el seguro porque él mismo no había sido "anulado", ni extinguido según la interpretación que tanto él como en vida su esposa/asegurada hacían del contrato suscrito-. Solicitó que fuera desestimado el recurso porque el contrato ha sido correctamente interpretado y valorada de igual forma el resto de prueba, reiterando que la cobertura no era solo del fallecimiento sino también de la invalidez permanente, rechazando que se pactara la extinción del "contrato" por el pago de la prestación por invalidez permanente porque no suscribió ninguna de las condiciones especiales aportadas de contrario, que no están firmadas por ella, sin que los testigos pudieran afirmar siquiera la entrega de las mismas a la asegurada.

SEGUNDO

El 1 de diciembre de 1993 la esposa del demandante D^a contrató con MAPFRE seguro de jubilación -Plan sistemático de jubilación al 5%- y a su vez un seguro de vida que incluía "seguro complementario de invalidez absoluta y permanente" -documento número 1 aportado por la actora, y 2 de la demandada-.

La entidad aseguradora informó a la asegurada qué tipo de seguro era el que había contratado, que lo era el de "Plan Sistemático de Jubilación al 5%", siendo su vencimiento el 1 de diciembre de 2017, y la forma de pago de la prima trimestral; en dicho documento informativo, a modo de resumen de qué era lo contratado y cuáles las prestaciones a las que se obligaba la entidad MAPFRE; y éstas eran literalmente "Según lo establecido en su contrato, siempre y cuanto éste permanezca en vigor, Vd, tiene garantizadas, tanto en el caso de Vida al vencimiento de la póliza como en caso de fallecimiento por cualquier causa, unas prestaciones en forma de capital que se podrán incrementar cada anualidad con la participación en beneficios correspondiente, en función de la rentabilidad obtenida", añadiendo en párrafo aparte " Además tiene garantizado un capital en caso de Invalidez Absoluta y Permanente que le ayudarán a Vd y a su familia a afrontar esa situación imprevista", indicándose a su vez cuáles eran las coberturas en dos columnas -"en caso de vida/jubilación" y "en

caso de fallecimiento", estando en la primera la correspondiente por invalidez absoluta y permanente y en la segunda se reseñaba el capital garantizado por fallecimiento y el capital asegurado-

D^a Julia según consta firmó la póliza de vida, folio 14, en la que se concretan las garantías incluyendo in fine la de "invalidez absoluta", párrafo en el que indica que dicho seguro "complementario" estaba "regulado en las condiciones generales de los seguros complementarios siendo su capital...".

Incluyéndose a su vez en las dos páginas en letra más pequeña, una casilla que textualmente decía en mayúsculas pero en menor tamaño que "LA FIRMA POR LAS PARTES CONTRATANTES DE ESTE DOCUMENTO, IMPLICA LA ACEPTACION DE LAS CLÁUSULAS CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES, Y **EN LAS CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES, SI LAS HUBIERE**, DEL SEGURO PRINCIPAL, ASÍ COMO **LAS CONDICIONES GENERALES DE LOS SEGUROS COMPLEMENTARIOS, SI LOS HUBIESE** , QUE CONSTITUYEN ESTE CONTRATO, Y NO TIENEN VALIDEZ NI EFECTO POR SEPARADO", añadiendo un segundo párrafo que dice "EL PRESENTE CONTRATO QUEDARA PERFECCIONADO EN LA FECHA DE EFECTO INDICADA Y SIEMPRE QUE EL PRIMER RECIBO DE PRIMA, QUE SE EMITE POR SEPARADO, HAYA SIDO SATISFECHO PREVIAMENTE, EN CASO DE QUE EL PAGO DE DICHO RECIBO SE HICIERA CON POSTERIORIDAD AL EFCOT, LA PEFECCION Y COMIENZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO TENDRA LUGAR A PARTIR DE LAS 24 HORAS DEL DIA DE PAGO".

Condiciones generales y especiales y condiciones generales de los seguros complementarios que según los documentos aportados por MAPFRE/apelante no fueron firmadas por la Sra. siendo MAPFRE quien tenía que acreditarlo conforme lo dispuesto art.217.3 y 6 porque ella es quien lo alega y quien debe tener en su poder las condiciones "firmadas" por quien los contrató.

TERCERO

Está probado que la Sra. Julia fue declarada en situación de invalidez permanente el 19 de abril de 2007 por el Instituto Nacional de la Salud -no el 19 de abril de 1997-, folio 26, habiendo fallecido el 31 de mayo de 2008.

La asegurada de Mapfre no firmó el finiquito que le fue presentado por MAPFRE en su domicilio de fecha 12 de febrero de 2008, por importe de 44.181,79 euros, siendo el motivo al incluirse en aquél que quedaba "canceladas todas las obligaciones contractuales y extinguida la póliza o adhesión del seguro a la misma, salvo los compromisos de pago indicados en este documento", sin que conste que se le

abonara en vida dicha cantidad ni le remitieran el recibo correspondiente al segundo trimestre de la anualidad de 2007-2008, pese a su solicitud, siendo su esposo/demandante quien procedió a hacer la transferencia para pago de la prima en los términos pactados.

La demandada aportó las condiciones generales de los seguros "complementarios", tanto generales como especiales, documentos 3 y 4, sin firmar por la Sra. Julia , y sin que haya quedado probado mediante prueba documental ni testifical que la misma no solo recibiera las mismas sino que las aceptara, en concreto las condiciones especiales correspondientes a los seguros complementarios de las que deriva la parte demandada su alegación consistente en la extinción del contrato tras haber abonado la prestación por "invalidez".

CUARTO

El artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro dispone que "Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un **documento complementario, que se suscribirá por el asegurador al que se entregará copia del mismo . Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa .** Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito".

La recurrente partiendo de no ser la condición especial del "seguro principal", documento número 4, folio 97, recogida en el artículo 2.2 -"primas"- limitativa parece entender que no tenían que ser firmadas, ni esas ni el resto por la remisión inserta en la póliza de vida en letra más pequeña eso sí en mayúsculas. Tal argumento no procede porque las condiciones generales sí tienen que ser conocidas por quien contrata, y aceptarlas además de serle entregadas, al margen de que pudiera la parte exigir el cumplimiento de esta obligación última sino lo hubiera hecho la aseguradora.

El artículo 3LCS dispone que en la póliza o en documento complementario deberán incluirse las condiciones generales y particulares, debiéndose entender igualmente las condiciones generales "especiales", más aún éstas cuando pudieran entrar en contradicción con información o garantías suscritas. La norma es clara, y exige que se entreguen a la aseguradora. La asegurada antes de su fallecimiento y el demandante han negado en todo momento haber aceptado, conocido siquiera, que el contrato que lo era de "jubilación al 5%" no cubriera de forma acumulativa el siniestro de fallecimiento e invalidez.

La cuestión litigiosa que había que resolver es si produciéndose el siniestro

consistente en la invalidez permanente, percibida la suma asegurada por este siniestro, no procedía reclamar tras el fallecimiento la cantidad asegurada por esta otra cobertura, por haberse extinguido "el contrato", entendiendo contrato el "seguro de vida", lo que infiere la recurrente no de las condiciones generales del Plan sistemático de jubilación, que tampoco están firmadas, sino de las denominadas "condiciones especiales", artículo 2-2, porque entiende que éstas sí fueron aceptadas, lo que no acredita, por un lado y además está contradicho por su información dada a la asegurada en la que se indicaba cuáles eran las "prestaciones de su seguro".

Era la aseguradora quien tenía que probar que las condiciones especiales existían, en este caso, en el sentido de haber sido aceptadas por la parte, lo que este tribunal considera que no ha probado sin que se pueda inferir de la remisión contenida en la póliza de vida suscrita; más aun al interpretar el contrato conforme a su clausulado e información, que exige rechazar en contra de la asegurada las cláusulas que sean oscuras, conforme a lo dispuesto no solo en el artículo 3LCS sino en las normas del Código Civil artículo 1288 , normas de interpretación sujetas, conforme lo tiene declarado de forma unánime la jurisprudencia, a la regla "interpretatio contra proferentem" (Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de octubre de 2000 , 8 de junio de 2006).

La cuestión a resolver no era el contenido de la condición especial 2.2, folio 99, documento 4 aportado junto a la contestación, porque no se niega que en dicho artículo se dispusiera que "Si ha sido contratado este seguro complementario, en caso de quedar el Asegurado inválido de forma absoluta y permanente para todo trabajo, el Asegurador abonara al Seguro la prestación garantiza...,cuya cuantía se especifica en las Condiciones Particulares, quedando automáticamente anulado el contrato", sino haber sido aceptadas por la aseguradora; y no consta la aceptación porque no están firmadas ni existe prueba de la que derivar siquiera su conocimiento porque en la información que sobre el seguro suscrito se le dio a la Sra. Julia se decía "Según lo establecido en su contrato, siempre y cuando éste permanezca en vigor, Vd, tiene garantizadas, tanto en el caso de Vida al vencimiento de la póliza como en caso de fallecimiento por cualquier causa, unas prestaciones en forma de capital que se podrán incrementar cada anualidad con la participación en beneficios correspondiente, en función de la rentabilidad obtenida", añadiendo en un segundo párrafo " **Además tiene garantizado un capital en caso de Invalidez Absoluta y Permanente que le ayudarán a VD y a su familia a afrontar esa situación imprevista**"; la interpretación que hace la Juzgadora del adverbio "además" es la correcta, y ello atendiendo a la literalidad y sentido o concepto gramatical porque además es "algo más", no alternancia o disyuntiva, sin que sea de recibo pretender

alegar que una irregular o confusa redacción pudiera beneficiar a la aseguradora por ser muchas las modalidades de seguro y posibles combinaciones que pudieran ser contratadas.

De esa información no se puede extraer que la contratante del seguro pudiera conocer que el seguro de vida quedaría extinguido si se producía la invalidez; y tampoco se puede inferir de la remisión que se hacía en la póliza de vida porque la remisión se hace bajo condición, haciéndose depender de que existieran, y la cuestión es si existían y eran además conocidas; esa remisión no permite entender que conociera la contratante cuáles eran esas condiciones y las aceptara, y la forma de aceptación es la firma de las mismas. Firmar la póliza en la que estaban insertas las remisiones a las condiciones especiales y particulares, no significa que le fueran entregadas en ese acto; esto último no consta, por lo que difícilmente se puede derivar en una interpretación unitaria de todas las condiciones vía remisión que se suscribieron.

No procede admitir el recurso no solo porque no constan firmadas las condiciones especiales, ni en concreto el artículo 2.2 antes transcrito, lo que es exigido por el artículo 3LCS sino por aplicación del denominado "canon hermenéutico "contra proferentem" que recoge el artículo 1288 del Código Civil , como sanción por falta de claridad para proteger al contratante más débil (Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de junio de 2006 , 1 de marzo de 2007 , 7 de junio de 2011), lo que está relacionado con la protección a los consumidores; esta regla es la que ha de ser tenida en cuenta ante la falta de claridad y de transparencia que concurre en este caso porque primero no consta que se conociera esa causa de extinción ni que fuera aceptada porque no se firmó, firma que debería constar en la documentación de la parte recurrente/demandada sin que se pueda derivar la aceptación por la remisión a unas condiciones que pudiera o no existir -expresión condicional- y sin que pueda darse por cierto que se entregaron y pudiera ser examinada por la parte; entrega que ni se infiere de la póliza de vida aportada ni de la testifical, prueba correctamente valorada. Pero es más, la actitud de la fallecida y posteriormente de su heredero el demandante, es coherente con lo afirmado en la demanda, es decir, la voluntad de contratar y creencia de haberlo hecho en los términos que se indican de ahí que no firmara el finiquito que le fue presentado en su día por razón de la inclusión de esa extinción, que rechazaba y la exigencia de que le remitieran las cuotas trimestrales, actuando el apelado en coherencia con sus manifestaciones previas tratando no de rehabilitar el seguro sino de cumplir al efecto de evitar que se alegara impago de la prima.

QUINTO

Se confirma la sentencia imponiendo las costas de esta alzada a la recurrente de conformidad con lo dispuesto en los artículos 398 y 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación.

III.- F A L L A M O S

En virtud de lo expuesto, el Tribunal HA DECIDIDO DESESTIMAR el recurso de apelación interpuesto por la representación de la demandada, la aseguradora MAPFRE VIDA S.A contra las sentencia dictada el 17 de enero de 2011 -auto de rectificación de fecha 1 de febrero de 2011- que se confirma con imposición de las costas de esta alzada a la recurrente.

Contra la presente resolución cabe el Recurso de Casación por interés casacional y/o extraordinario por infracción procesal, en los términos previstos en el art 469 de la LECv, en relación con la Disposición Final Decimosexta de la misma, a interponer en el plazo de veinte días ante este Tribunal y del que conocerá la Sala Primera del Tribunal Supremo.

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

PUBLICACIÓN.- Firmada la anterior resolución es entregada en esta Secretaría para su notificación, dándose publicidad en legal forma, y se expide certificación literal de la misma para su unión al rollo. Certifico.