



Roj: **STS 1619/2021 - ECLI:ES:TS:2021:1619**

Id Cendoj: **28079110012021100243**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **06/05/2021**

Nº de Recurso: **3824/2018**

Nº de Resolución: **263/2021**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 263/2021

Fecha de sentencia: 06/05/2021

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 3824/2018

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 27/04/2021

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: AUD. PROVINCIAL DE VIZCAYA, SECCIÓN 3.ª

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 3824/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 263/2021

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 6 de mayo de 2021.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por D. Jon , representado por el procurador D. Jesús Gorrochaegui Erauzquin, bajo la dirección letrada de D. José Ramón Zabalteitia Eguizabal, contra la sentencia n.º 250/2018, dictada por la Sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Vizcaya, en el recurso de apelación n.º 147/2018, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario



n.º 547/2017, del Juzgado de Primera Instancia n.º 12 de Bilbao. Ha sido parte recurrida AXA Seguros, S.A., representada por el procurador D. Miguel Ángel Baena Jiménez y bajo la dirección letrada de D. José M.ª Bernedo Fernández.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.- La procuradora D.ª Paula Martínez de Pancorbo y Sánchez, en nombre y representación de D. Jon , interpuso demanda de juicio ordinario contra AXA Seguros, S.A., en la que solicitaba al juzgado:

"[...] declare la obligación de la Aseguradora de indemnizar al actora en la totalidad la cobertura contratada en la cuantía reseñada en 2015, y a su consecuencia condene a la Aseguradora demandada al pago de CIENTO TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO EUROS Y NOVENTA Y SEIS CÉNTIMOS (133.328,96 euros) procedentes de CIENTO DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS EUROS Y CINCUENTA Y SEIS CÉNTIMOS EURO (119.36,56 €) por la incapacidad permanente; y otros TRECE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS EUROS Y CUARENTA CÉNTIMOS (13.932,40 EUROS) por la incapacidad temporal (días de baja,) además de los intereses calculados conforme al artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguros desde la fecha de siniestro, y a las costas del presente procedimiento".

2.- La demanda fue presentada el 5 de junio de 2017, y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 12 de Bilbao, se registró con el n.º 547/2017. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.- La procuradora D.ª Leyre Cañas Luzárraga, en representación de AXA, Seguros Generales, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

"[...] dictar sentencia por la que desestimando íntegramente la demanda se absuelva a AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS de todos los pedimentos contenidos en ella, con expresa imposición de costas a la parte demandante y, subsidiariamente para el supuesto que se considere que las lesiones sufridas por el demandante deriven de accidente se fije la **indemnización** a su favor y en base a la póliza de seguro de accidentes en la cantidad total de 30.788,41 euros, de los cuales 6.909,10 euros por la incapacidad temporal y 23.879,31 euros por la incapacidad permanente y sin imposición de costas".

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, la Magistrada-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 12 de Bilbao dictó sentencia de fecha 10 de enero de 2018, con la siguiente parte dispositiva:

"Que estimando parcialmente la demanda interpuesta por la procuradora de los tribunales Doña Paula Martínez de Pancorbo y Sánchez, en nombre y representación de D. Jon , debo condenar y condeno a la parte demandada, Seguros AXA S.A., representada por la procuradora Doña Leyre Cañas Luzarraga, al abono de la suma de treinta mil setecientos ochenta y ocho euros con cuarenta y un céntimos de euro (30.788,41 euros). Deberá abonar la aseguradora codemandada los correspondientes desde el día 6 de mayo de 2015 de un interés anual igual al del interés legal del dinero, incrementado en un 50% y a partir del día 6 de mayo de 2017, un interés anual del 20% hasta la completa satisfacción del actor.

Cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad".

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D. Jon .

2.- La resolución de este recurso correspondió a la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Bilbao, que lo tramitó con el número de rollo 147/2018 y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 13 de junio de 2018, cuya parte dispositiva dispone:

"FALLAMOS: Que con desestimación del recurso de apelación interpuesto por Jon frente a la sentencia dictada por el Juzgado de 1ª Instancia nº 12 de Bilbao, en autos de Procedimiento Ordinario 547 /17, con fecha 10 de enero de 2018, DEBEMOS CONFIRMAR COMO CONFIRMAMOS dicha resolución, con imposición de las costas a la parte apelante".

TERCERO.- *Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación*

1.- La procuradora D.ª Paula Martínez de Pancorbo Sánchez, en representación de D. Jon , interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

Los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal fueron:



"- MOTIVO PRIMERO DEL RECURSO.

Al amparo del art. 469.1.4º LEC, se denuncia la infracción del art. 218.1 y 2 LEC, porque se incurre en incongruencia interna, por cuanto que tanto la sentencia de instancia, como la de apelación pese a reconocer que el actor está afecto de una incapacidad permanente total derivada de accidente, y que dicha cobertura se encuentra expresamente excluida de las contempladas en la póliza, considera que la que si estaba cubierta era la invalidez permanente, que está expresamente recogida en la Condiciones Particulares, y que por lo tanto la demanda debiera haber sido desestimada, si bien puesto que la parte demandada (Compañía Aseguradora) reconoce un 20%, atendiendo a las **tablas** de la póliza y según valoración del perito que se aporta con el Informe Pericial, incluido en la contestación a la demanda (Doc. Nº 3), se reconoce el derecho del actor al citado importe del 20% sobre la suma reclamada (119.396,56 €), esto es, 23.879,31 euros.

- MOTIVO SEGUNDO DEL RECURSO.

Al amparo del art. 469.1.4º LEC, se denuncia la infracción del art. 24 CE, por realizar la sentencia recurrida una valoración arbitraria, e ilógica de la prueba practicada, al negar la **indemnización** por el total del capital garantizado, sosteniendo que no hay cobertura para la invalidez permanente total, puesto que literalmente se indica en el Fundamento de Derecho Tercero "in fine" de la sentencia recurrida:

"... de que esta incurso en tal situación expresamente excluida, (se refiere a la invalidez permanente total), sólo se puede llegar a la conclusión de no estimar la **indemnización** solicitada".

Los motivos del recurso de casación fueron:

"Con el amparo procesal del artículo 477.2.3º LEC , se aduce infracción del art. 3, en relación con los arts. 1 y 2 LCS, en lo referente a los límites de la cobertura del seguro, las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, las exigencias de validez de las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado y la prevalencia de las cláusulas particulares sobre las generales, y ello supone la infracción de la jurisprudencia interpretativa de los preceptos citados, como jurisprudencia infringida las sentencias núm. 394/2008, de 13 de mayo (RJ 2008, 3059); 711/2008, de 22 de julio (RJ 2008, 4501); 676/2008, de 15 de julio (RJ 2008, 4376); 375/2011, de 7 de junio (RJ 2011, 4397), en especial la sentencia 316/2009 de 18 de Mayo (RJ 2009/2924)".

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 2 de diciembre de 2020, cuya parte dispositiva es como sigue:

"1.º) Admitir los recursos extraordinario por infracción procesal y de casación interpuestos por la representación procesal de D. Jon presentó escrito de interposición de recursos extraordinario por infracción procesal y de casación contra la sentencia dictada el 13 de junio de 2018 por la Audiencia Provincial de Vizcaya (Sección Tercera) en el rollo de apelación n.º 147/2018, dimanante del juicio ordinario n.º 547/2017 del Juzgado de Primera Instancia n.º 12 de Bilbao.

2.º) Abrir el plazo de veinte días, a contar desde la notificación de este auto, para que la parte recurrida formalice por escrito su oposición a los recursos. Durante este plazo las actuaciones estarán de manifiesto en la Secretaría.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 473.3 y 483.5 de la LEC, contra la presente resolución no cabe recurso alguno".

3.- Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4.- Por providencia de 5 de marzo de 2021 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 27 de abril del presente, fecha en que ha tenido lugar a través del sistema de videoconferencia habilitado por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Antecedentes relevantes

A los efectos decisorios de los presentes recursos hemos de partir de los antecedentes siguientes.

1.- El objeto del proceso



i) El actor es socio cooperativista de la entidad Discontrans Scop. Ltda., que es la tomadora de un seguro concertado con la compañía AXA, para la protección personal de sus socios, entre los que se encuentra el demandante en condición de asegurado y profesión habitual de conductor de camiones/autocares. En las condiciones particulares de la póliza se cubre la invalidez permanente, con una suma asegurada de 96.162 euros, la invalidez temporal con un capital diario de 46 euros y figura excluida la "invalidez total para el ejercicio de la profesión". Las sumas aseguradas eran objeto de revalorización temporal.

ii) El actor sufrió una agresión el 6 de mayo de 2015, mientras desarrollaba su actividad como conductor de camión. A consecuencia de tal agresión sufrió lesiones que le incapacitaron temporalmente, restándole como secuela una cicatriz en la ceja izquierda, así como una diplopía en la parte inferior del campo visual. Esta última lesión determinó a su vez que el INSS le reconociera una incapacidad permanente total para el ejercicio de su profesión.

iii) En el contexto expuesto, el actor presentó demanda contra la aseguradora, en la que le reclamaba por invalidez temporal la suma de 13.932,40 euros (244 días a razón de 57,10 euros día) y por invalidez permanente 119.396,56 euros, sumas que resultan de la revalorización pactada de las cantidades aseguradas.

iv) La compañía de seguros se opuso a la pretensión del demandante, mediante la invocación de las condiciones generales de la póliza de seguro y con fundamento en las definiciones que se hacen en la misma relativas al concepto de accidente, invalidez permanente, invalidez permanente total para el ejercicio de la profesión habitual o incapacidad.

Sostuvo que el periodo de incapacidad temporal no eran los 244 días reclamados en la demanda, sino únicamente 121 días. Igualmente, que no estaba acreditado el origen accidental del siniestro, argumento éste último posteriormente abandonado. Y por último que, en cualquier caso, atendiendo a las condiciones particulares y generales del periodo de invalidez temporal, la **indemnización** procedente sería la de 6909,10 euros, y la **indemnización** por incapacidad permanente, por un menoscabo funcional del 20%, según informe pericial que se aportaba, en aplicación de las **tablas** de repercusiones funcionales de las secuelas sufridas contempladas en las condiciones del seguro, ascendería tan solo a la cantidad de 28.879,31 euros, por la que se aceptaba el siniestro.

2.- La sentencia de primera instancia

El conocimiento de la demanda correspondió al Juzgado de Primera Instancia n.º 12 de Bilbao, el cual dictó sentencia desestimatoria de la demanda. En ella, tras exponer que no constaba cuales eran las concretas condiciones generales que regían en el contrato, toda vez que las aportadas por la demandada no estaban firmadas, ni identificadas, ni cabe en modo alguno afirmar que fueran las que aceptó la tomadora del seguro, ni el asegurado, que niega haberlas recibido ni conocido, razonó, no obstante, que en las condiciones particulares aportadas por la demandante sí figura como incluida la garantía de la invalidez permanente, pero no la "invalidez total para el ejercicio de la profesión", que figura excluida, con lo que, al ser ésta la incapacidad sufrida por el actor, la demanda debería ser desestimada.

Sin embargo, por razones de congruencia, toda vez que la compañía aseguradora reconoció el derecho del demandante a la percepción de una **indemnización** por las secuelas padecidas, en un porcentaje de un 20% de la suma asegurada, en aplicación de las **tablas** de la póliza derivadas de una invalidez permanente, procede estimar la demanda por la cantidad reconocida por AXA de 23.879,31 euros.

3.- La sentencia de segunda instancia

Contra dicha sentencia se interpuso por el demandante recurso de apelación. Por turno de reparto su resolución correspondió a la sección tercera de la Audiencia Provincial de Bizkaia, que dictó sentencia en la que confirmó la pronunciada por el juzgado de primera instancia, cuyos argumentos fueron expresamente aceptados.

El tribunal adicionó, a los fundamentos de la sentencia apelada, que "lo que se debe analizar es si partiendo del propio clausulado de las condiciones particulares adjuntadas por el actor con su demanda está cubierto el riesgo que dice haber sufrido; cual es la invalidez permanente para su trabajo u ocupación profesional, haciendo fundamento de tal pedimento la certificación aportada y emitida del Instituto Nacional de Seguridad Social de estar afecto en tal situación; y como dice la sentencia y válidamente razonado si lo que pretende la parte es que se le indemnice por dicha situación efectivamente reconocida administrativamente y analizando si la enfermedad que padece le incapacita para trabajar como profesional de conductor de camiones y autocares, y estando probada mediante prueba pericial practicada en el procedimiento de que está incurso en tal situación expresamente excluida, solo se puede llegar a la conclusión de no estimar la **indemnización** solicitada".

4.- Los recursos interpuestos



Contra dicha sentencia se interponen por el actor los recursos extraordinarios por infracción procesal y casación, cuya decisión nos corresponde.

SEGUNDO. Examen de los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto

Contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Bizkaia se interpone por el demandante el presente recurso, que fundamenta en sendos motivos que pasaremos a analizar.

1.- *Formulación y desarrollo del primer motivo del recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto: incongruencia interna de la sentencia de la Audiencia*

El recurso se formula al amparo del art. 469.1.4º de la LEC, se denuncia infracción de los arts. 218.1 y 2 de la LEC, porque se incurre en incongruencia interna.

En el desarrollo del motivo se razona que, tanto la sentencia de primera instancia como la de apelación, incurrían en tal defecto, al reconocer que el actor está afecto de una incapacidad permanente total derivada de accidente y que dicha cobertura estaba excluida, que la que estaba pactada, por el contrario, era la invalidez permanente recogida en las condiciones particulares, y que, por lo tanto, la demanda debería ser desestimada, si bien comoquiera que la aseguradora admitió una **indemnización** del 20%, en atención a las **tablas** de la póliza se reconoce el derecho a la percepción de una **indemnización** por el montante de 23.879,31 euros.

2.- *Desestimación del motivo*

Se sostiene que la sentencia de la Audiencia incurrió en dicho defecto, por infracción procesal de los arts. 218.1 y 2 de la LEC, pero tales preceptos se refieren al deber general de conformidad de las sentencias con las peticiones de las partes, fiscalizable a través del numeral segundo del art. 469.1 de la LEC; esto es por infracciones de las normas procesales reguladoras de las sentencias, y no por el número cuarto de tal precepto esgrimido por el recurrente.

En este caso, la sentencia de la Audiencia se pronuncia sobre lo pedido en la demanda sin apartarse de la causa de pedir que, según la jurisprudencia, viene constituida por los hechos jurídicamente relevantes que sirven de fundamento a la petición y delimitan, individualizan e identifican la pretensión procesal (sentencias 1258/2002, de 20 de diciembre; 364/2008, de 16 de mayo; 470/2020, de 16 de diciembre y 586/2020, de 10 de noviembre).

La parte recurrente, con la inadecuada cita de los arts. 218. 1 y 2 de la LEC, no alega propiamente un caso de incongruencia -pues no se ha producido realmente una alteración de los términos del debate en la forma en la que lo planteó el recurrente- sino la incoherencia, desajuste o falta de correspondencia entre lo razonado y lo resuelto (sentencias 9/2020, de 8 de enero; 144/2020, de 2 de marzo y 298/2020, de 15 de junio, 438/2020, de 17 de julio, entre otras). Estos supuestos han sido considerados por el Tribunal Constitucional como lesivos del derecho a la tutela judicial efectiva en su dimensión de obtener una resolución fundada en Derecho, que sería fiscalizable a través del art. 469.1 4º, en relación con el art. 24.1 CE, puesto que desembocan en un defecto de motivación al resultar la sentencia irrazonable y contradictoria (por todas, SSTC 42/2005, de 28 de febrero; 140/2006, de 8 de mayo; y 127/2008, de 27 de octubre).

En este sentido, la STC 127/2008, de 27 de octubre, en su FJ 2, señala:

"Como este Tribunal ha declarado, teniendo en cuenta que el derecho a la tutela judicial efectiva incluye entre sus variados contenidos el que se dicte una resolución fundada en Derecho, resulta evidente que no puede reputarse como tal una Sentencia cuya fundamentación discurre por una senda diametralmente opuesta a la del fallo y en la que se motiva lo contrario de lo que se falla (SSTC 138/1985, de 18 de octubre, FJ 8; 16/1993, de 18 de enero, FJ 2; y 25/2006, de 30 de enero, FJ 4). De ahí que sólo una motivación razonada y suficiente permita satisfacer el ejercicio del derecho a la tutela judicial, porque una motivación radicalmente contradictoria no satisface los requerimientos constitucionales (STC 54/2000, de 28 de febrero, FJ 3)".

Pues bien, no consideramos que la sentencia de la Audiencia incurra en dicho defecto procesal, otra cosa es que se comparta o no el fundamento de su decisión, fiscalizable por medio del recurso de casación por vulneración del derecho material o sustantivo.

En efecto, la resolución recurrida entiende que el demandante reclama por la secuela padecida, que le produjo una incapacidad total para el ejercicio de su profesión, pero esa concreta cobertura estaba excluida de la póliza, por lo que su demanda no debería ser estimada. Con ello entiende que no es de aplicación la cobertura de invalidez permanente obrante en las condiciones particulares; no obstante considera que, para no incurrir en incongruencia, puesto que la demandada reconoce al actor una **indemnización** de 23.879,31 euros, concede tal suma al demandante.



La circunstancia de que los argumentos de la sentencia del tribunal provincial no sean susceptibles de ser aceptados, no implica que dicha resolución haya incurrido en contradicción interna, en tanto en cuanto, desde su óptica decisoria, es coherente lo razonado con lo resuelto. No estamos enjuiciando, al conocer de este concreto motivo de infracción procesal, sobre el acierto del fallo de la sentencia y su conformidad con el derecho sustantivo, sino sobre la coherencia interna de la motivación con el fallo, que en este caso concurre.

Por todo lo cual este motivo de infracción procesal no debe ser estimado.

3.- Examen del segundo de los motivos de infracción procesal por valoración arbitraria de la prueba

En este caso, el recurso por infracción procesal se construye de nuevo al amparo del art. 469.1.4º de la LEC y vulneración del art. 24.1 de la LEC, dado que la sentencia de la Audiencia contiene, a juicio de la parte recurrente, una valoración arbitraria e ilógica de la prueba practicada, al negar la **indemnización** por el total del capital garantizado, sosteniendo que no hay cobertura para la invalidez permanente total.

4.- Desestimación del motivo

El motivo no puede ser estimado. Aunque la jurisprudencia ha admitido, que pueda justificarse un recurso por infracción procesal, al amparo del apartado 4º del art. 469.1 LEC, en la existencia de un error patente o arbitrariedad en la valoración realizada por la sentencia recurrida que comporte una infracción del derecho a la tutela judicial efectiva (entre otras, sentencias 326/2012, de 30 de mayo; 58/2015, de 23 de febrero; 572/2019, de 4 de noviembre; 31/2020, de 21 de enero; 144/2020, de 2 de marzo; 298/2020, de 15 de junio; 674/2020, de 14 de diciembre o 681/2020, de 15 de diciembre, 141/2021, de 15 de marzo y 170/2021, de 25 de marzo), tal doctrina se refiere exclusivamente a la valoración realizada en orden a la determinación o fijación de los hechos y no a las valoraciones jurídicas extraídas de los hechos considerados probados (sentencias 26/2017, de 18 de enero y 170/2021, de 25 de marzo, entre otras muchas).

De esta forma, señala la sentencia 583/2017, de 27 de octubre, que no se puede combatir "como errores de valoración de prueba lo que son valoraciones jurídicas"; o la sentencia 127/2017, de 24 de febrero, que insiste en tales ideas, al señalar que "la parte confunde valoraciones jurídicas sobre el contrato y su vigencia con errores fácticos sobre valoración de la prueba", con cita de la sentencia 303/2016, de 9 de mayo. En el mismo sentido, más recientemente las sentencia 413/2020, de 9 de julio, con cita de la sentencia 26/2017, de 18 de enero y 61/2021, de 8 de febrero.

Pues bien, en el caso enjuiciado, determinar la cobertura del siniestro, su encaje en la póliza, el carácter vinculante de las condiciones contractuales, su calificación como limitativas o delimitadoras, las posibles discrepancias existentes en el clausulado contractual y sus consecuencias, constituyen cuestiones jurídicas propias de un recurso de casación y no de infracción procesal por valoración arbitraria de la prueba, puesto que no se cuestiona la existencia del contrato de seguro y sus condiciones particulares, ni la inclusión en la póliza de la invalidez permanente, así como que la cobertura invalidez total para el ejercicio de la profesión figura como excluida, otra cosa es su valoración o interpretación jurídica y la vulneración del derecho sustantivo aplicable propio del recurso de casación.

TERCERO.- Recurso de casación

1.- Formulación y desarrollo

El recurso se formuló, por interés casacional, por infracción del art. 3 de la LCS, en relación con los arts. 1 y 2 de la LCS, en lo referente a los límites de la cobertura del seguro, las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, las exigencias de validez de las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado y la prevalencia de las cláusulas particulares sobre las generales, con cita de la jurisprudencia que se considera infringida, entre ellas sentencias 394/2008, de 13 de mayo; 676/2008, de 15 de julio; 711/2008, de 22 de julio; 316/2009, de 18 de mayo y 375/2011, de 7 de junio.

En el desarrollo del recurso se señala que la cláusula controvertida, inserta en las condiciones generales, por las que se **fijan** porcentajes indemnizatorios en función, no del grado de invalidez, sino por la concreta lesión orgánica que da lugar a la misma, no es delimitadora del riesgo, sino limitativa de derechos, sin que reúna los requisitos del art. 3 de la LCS. Se señala que, conforme a lo dispuesto en las condiciones particulares, se dio cobertura a la invalidez permanente, con una cantidad de 96.162 euros actualizable conforme a IPC, riesgo que es reconocido al demandante, si bien de forma parcial, por la compañía aseguradora. Además, la falta de aceptación o consentimiento a la aplicación del condicionado general de la póliza, que se desconoce, impide que se apliquen sus cláusulas. Por todo ello, la demanda debe ser íntegramente acogida por la suma indicada.

Se cita de la doctrina de la sentencia 676/2008, de 15 de julio, cuando señala que:



"[...] la jurisprudencia tiene declarado que la restricción de la suma con la que procede indemnizar los supuestos de invalidez permanente distinguiendo o excluyendo distintos supuestos según la gravedad de las lesiones sufridas implica, desde esta perspectiva, una limitación de los derechos del asegurado si en las condiciones particulares se estableció una suma única por invalidez permanente total, dado que el concepto de invalidez permanente, puesto en relación con el de incapacidad permanente total en el orden laboral, supone la falta de aptitud para el desempeño de las funciones propias del trabajo habitual, y ésta puede producirse tanto por una lesión muy grave como por otra menos importante (además de las que cita la parte recurrente, STS 13 de mayo de 2008, rec. 260/2001)".

También, en apoyo del recurso, se citó la sentencia de la Sala 316/2009, de 18 de mayo, cuando sostiene, que:

"Se indicó al principio que en la primera página de la póliza -que recoge las llamadas condiciones particulares, indudablemente consensuadas por las partes - aparece destacado un apartado que se destina a identificar las "garantías cubiertas". En él se mencionan la "incapacidad temporal diaria" y la "invalidez permanente", sin señalar plazo a la primera ni distinguir variantes en la segunda a los efectos de la **indemnización**.

Por ello, las condiciones generales que reducen a un año, a contar desde el día siguiente al del accidente, la obligación de la aseguradora de abonar al asegurado siete mil quinientas pesetas diarias - en caso de "incapacidad temporal" - y las que, tras distinguir la "invalidez permanente" en "absoluta" y "parcial", establecen en este segundo supuesto una minoración proporcionada de la **indemnización** señalada en la póliza, además de delimitar el riesgo, limitan los derechos que al asegurado le habían sido reconocidos en la parte del contrato verdaderamente negociada con la aseguradora.

La conclusión de todo ello es que nos hallamos antes dos condiciones generales "limitativas de los derechos" del asegurado y, por ello, sometidas al específico régimen establecido al respecto en el artículo 3. Si bien de ellas, sólo la segunda tiene influencia directa en la decisión del recurso, pues el tiempo de incapacidad temporal del asegurado ha sido según se declara en la instancia inferior al año".

2.- Estimación del recurso

El recurso de casación debe ser estimado.

i) Consideraciones previas

El art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante LCS) norma 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 asegurado y 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 utilización de la técnica de los contratos de adhesión en la suscripción de las condiciones generales de contratación cuidadosamente redactadas por parte de las compañías de seguro, propia de la denominada contratación seriada o en masa, restringe el juego del principio de la libre autonomía de la voluntad de los contratantes proclamado en el art. 1255 del CC, lo que genera una situación disímil, que es necesario regular y controlar para garantizar el justo equilibrio de los derechos y obligaciones de los suscribientes de las pólizas.

En este sentido, se impone a las compañías aseguradoras un deber de transparencia, en la fase precontractual, con la finalidad de que el asegurado tome constancia plena de los riesgos objeto de cobertura, y, de esta forma, no se vea sorprendido por cláusulas limitativas o lesivas para sus intereses. Ello obliga a las aseguradoras a la redacción clara y precisa de sus condiciones contractuales tanto particulares como generales, así como que las condiciones calificables como limitativas gocen de la garantía de hallarse debidamente destacadas en las pólizas, así como específicamente amparadas por las firmas de los tomadores. Todo ello como manifestación del conocimiento de las concretas condiciones de adhesión y, por lo tanto, de los específicos límites en los que operan las contraprestaciones de los contratantes, que no pueden quedar indefinidas en el limbo de la incertidumbre o desconocidas para que quien concierta el contrato de seguro.

En definitiva, sí conforme al art. 1 de su ley reguladora 50/1980, de 8 de octubre, el contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, no ha de ofrecer duda que el tomador debe tomar constancia real y efectiva no sólo del riesgo, constituido en verdadera alma y nervio del contrato, sino de los límites en los que opera la cobertura de la compañía aseguradora, en tanto en cuanto si la finalidad del seguro es diluir, neutralizar o anular el riesgo, el asegurado ha de conocer, desde el primer



momento, el concreto marco dentro del cual se encuentra amparado en el supuesto de que dicho riesgo se convierta en siniestro.

En este sentido, señala la sentencia 316/2009, de 18 de mayo, reproducida por la ulterior 475/2019, de 17 de septiembre que:

"Cumple el artículo 3 de la Ley 50/1.980 la función de proteger al tomador del seguro, mediante la exigencia de una serie de requisitos que el legislador considera necesarios para garantizar que, cuando dé su consentimiento a la perfección del contrato de seguro, conoce cumplidamente el contenido del mismo - sentencias de 27 de noviembre de 2.003, 17 de octubre de 2.007, 13 de mayo de 2.008, 15 de julio de 2.008, 22 de julio de 2.008-.

De su literalidad resulta que la norma impone una redacción de las condiciones, tanto generales como particulares, que sea "clara y precisa".

En cuanto a las condiciones generales -predispuestas exclusivamente por la aseguradora para ser incorporadas a una pluralidad de contratos-, el artículo 3 exige que se incluyan "necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo".

Finalmente, si hay en las condiciones particulares o generales "cláusulas limitativas de los derechos del asegurado", manda la referida norma que se destaquen y que sean específicamente aceptadas por escrito".

Desde la perspectiva expuesta, señala igualmente la sentencia del Pleno de la Sala 1ª, 661/2019, de 12 de diciembre, que:

"Es necesario tener en cuenta también que los contratos de seguro forman parte de la denominada contratación seriada, mediante la utilización de la técnica de condiciones generales, que requiere prestar a los asegurados adherentes la correspondiente protección jurídica para que adquieran constancia real de los riesgos efectivamente cubiertos, por una elemental exigencia de transparencia contractual. A tal finalidad responde el art. 3 de la LCS, cual es "facilitar el conocimiento de las condiciones generales del contrato por parte del tomador" (STS 1152/2003, de 27 de noviembre). Se pretende, en definitiva, que la garantía no resulte incierta en la mente del asegurado. Es preciso, para ello, dentro de la asimetría convencional derivada de la información disímil existente entre compañía y tomador, garantizar que éste obtenga un conocimiento fidedigno del riesgo cubierto.

En este sentido, señala la STS 402/2015, de 14 de julio, del pleno que:

"En todo caso, y con carácter general, conviene recordar que el control de transparencia, tal y como ha quedado configurado por esta Sala (SSTS de 9 de mayo de 2013 y 8 de septiembre de 2014), resulta aplicable a la contratación seriada que acompaña al seguro, particularmente de la accesibilidad y comprensibilidad real por el asegurado de las causas limitativas del seguro que respondan a su propia conducta o actividad, que deben ser especialmente reflejadas y diferenciadas en la póliza".

A tales efectos, dentro de los remedios legales aplicables, en los supuestos de infracción del art. 3 de la LCS, por la falta de claridad y precisión en la redacción de las condiciones generales de las pólizas o contradicción interna en ellas, se encuentra el principio derivado del art. 1288 del CC, según el cual las dudas derivadas de la oscuridad de una cláusula contractual no pueden interpretarse en perjuicio del asegurado, sino que, por el contrario, debe prevalecer la interpretación que sea más favorable a sus intereses (sentencias 347/2009, de 18 de mayo; 158/2011, de 23 de marzo; 152/2019, de 13 de marzo; 60/2021, de 8 de febrero; 636/2020, de 25 de noviembre, entre otras).

ii) *Análisis de las circunstancias concurrentes*

Pues bien, en el caso presente, la compañía de seguros asumió, como consta en las condiciones particulares de la póliza, el riesgo de invalidez permanente con una suma asegurada de 96.162 euros, actualizable con IPC. Consta excluida como riesgo asegurado la invalidez total para el ejercicio de la profesión. De ahí se sostiene, por las sentencias de instancia, que el accidente sufrido por el actor carece de cobertura, en tanto en cuanto provocó la imposibilidad definitiva de dedicarse a su profesión de conductor.

Tal razonamiento no es de recibo, puesto que pactada la invalidez permanente y, al encajar dentro de ésta, la secuela padecida, el siniestro no puede quedar fuera del marco del aseguramiento. Excluir un riesgo, en términos que se ignoran, al desconocerse cuáles son las condiciones generales aplicables al contrato en el que aparece definido, no implica salvo en una interpretación contraria al asegurado, dejarle al margen de la cobertura del accidente sufrido.



Es más por si hubiera duda al respecto que, en cualquier caso no podría perjudicar al actor, la propia compañía de seguros, rescatando un baremo indemnizatorio, derivado de unas supuestas condiciones generales no entregadas, ni suscritas por el tomador del seguro, según declaración de hechos probados intangible en casación, le considera acreedor de la cobertura invalidez permanente, al menos en una **indemnización** parcial fijada en un porcentaje sobre el capital total asegurado, con base a unas condiciones que tendrían, en su caso, la consideración de limitativas sin las garantías del art. 3 de la LCS.

Es obvio, por otra parte, que si la aseguradora no puede justificar haber entregado las condiciones generales al tomador del seguro, no las puede oponer al demandante. Como señalamos en la sentencia 475/2019, de 17 de septiembre:

"[...] si como declara la sentencia de la Audiencia las condiciones generales, en las que figura la cláusula de exclusión del riesgo, no constan entregadas, suscritas y conocidas por el asegurado, el recurso no puede prosperar, sin necesidad de examinar si nos encontramos ante una condición limitativa o delimitadora".

Por otra parte, es reiterada jurisprudencia de esta Sala la que viene considerando, la condición de limitativas de las cláusulas como las que aplica la compañía de seguros demandada.

En este sentido, la sentencia 676/2008, de 15 de julio, que reitera la doctrina establecida por la sentencia 1340/2007, de 11 de diciembre (y las que en ella se citan), estableció la doctrina que:

"[I]a jurisprudencia tiene declarado que la restricción de la suma con la que procede indemnizar los supuestos de invalidez permanente distinguiendo o excluyendo distintos supuestos según la gravedad de las lesiones sufridas implica, desde esta perspectiva, una limitación de los derechos del asegurado si en las condiciones particulares se estableció una suma única por invalidez permanente total, dado que el concepto de invalidez permanente, puesto en relación con el de incapacidad permanente total en el orden laboral, supone la falta de aptitud para el desempeño de las funciones propias del trabajo habitual, y ésta puede producirse tanto por una lesión muy grave como por otra menos importante (además de las que cita la parte recurrente, STS 13 de mayo de 2008, rec. 260/2001)"

En la sentencia 541/2016, de 14 de septiembre, se señaló que:

"A partir de la definición contenida en el art. 100 LCS, conforme al cual se conceptúa el accidente como "lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal, permanente o muerte", la jurisprudencia ha establecido que en el seguro voluntario de accidentes, cualquier restricción mediante cláusulas que determinen las causas o circunstancias del accidente o las modalidades de invalidez, por las que queda excluida o limitada la cobertura, supondría una cláusula limitativa de derechos del asegurado (STS, Sala 1.º -Pleno- 402/2015, de 14 de julio)".

Más recientemente en la sentencia 225/2018, de 17 de abril, se sostuvo que:

"3. En suma, la determinación de la **indemnización** por incapacidad permanente mediante un porcentaje sobre el capital garantizado en función del grado de invalidez permanente y secuelas sufridas por el asegurado, expresado en una **tabla** contenida en las condiciones generales, en contradicción con las condiciones particulares, en las que únicamente figura una cifra fija, importe de la **indemnización** por tal concepto, como sucede en este caso, supone una cláusula limitativa, que requiere para su validez los requisitos del art. 3 LCS .

4. La sentencia recurrida declara que las condiciones generales han sido especialmente conocidas y aceptadas por el tomador del seguro, accionando "con base en la póliza que conlleva la recepción de tales condiciones generales y de las que se deriva y aprecia claramente la existencia de dicho baremo", siendo doctrina de esta sala que la aceptación de las condiciones generales por parte del asegurado mediante su firma en las condiciones particulares con referencia expresa a aquellas implica su aceptación, salvo cuando la referencia a ellas se haga con carácter genérico e indeterminado que sea susceptible de inducir a confusión (STS 7 de julio de 2006 rec. 4218/1999).

Sucede así en este caso en el que en las condiciones particulares no figura la determinación de grados de invalidez permanente ni se puede inferir que lo sea dada la forma en que se aparece redactada la cláusula en cuestión pues únicamente figura una cifra fija, como importe de la **indemnización** por tal concepto, lo que supone una cláusula limitativa, en cuanto es susceptible de ser aplicada a supuestos de incapacidad permanente total, que requiere para su validez los requisitos del artículo 3 LCS, como así la calificó la propia aseguradora en la solicitud del seguro.

5. Pero es que, además, partiendo de la existencia de una incapacidad del asegurado en grado total, la póliza presenta una indudable oscuridad, oscuridad que la propia aseguradora alimenta desde el momento en que parece negar la falta de cobertura de esta suerte de invalidez, porque no viene mencionada en ningún sitio de



la póliza, ni en las particulares ni en las generales, para luego reconducirla a la parcial ofertando al asegurado una propuesta de liquidación, que tomó en cuenta la sentencia".

Por último, las dudas interpretativas sobre el alcance de la cobertura no pueden favorecer a la parte que provocó la oscuridad, como es la compañía demandada que, por un parte, reconoce que el demandante está cubierto por el riesgo de invalidez permanente y, por otra parte, le aplica unas limitaciones indemnizatorias, que ya no solo no están probadas, sino que serían limitativas, y que no cuentan con las garantías del art. 3 de la LCS.

Por todo ello, el recurso debe ser estimado.

iii) *Sentencia de instancia*

Con asunción de la instancia, el recurso de apelación interpuesto por el demandante debió ser estimado en este particular, por lo que la suma asegurada que le corresponde, en concepto de invalidez permanente, ha de ser la reclamada de 119.396,56 euros, con lo que la **indemnización** total procedente, unida a la propia de la incapacidad temporal de 6909,10 euros, se eleva a la suma total de 126.305,66, con los intereses del art. 20 LCS.

CUARTO.- Costas y depósito

Conforme al art. 398.2 LEC, la estimación del recurso de casación determina que no proceda imponer a ninguna de las partes las costas causadas por el mismo. La desestimación del extraordinario por infracción procesal conlleva su imposición al demandante recurrente (art. 398 LEC).

Tampoco procede imponer las costas de segunda instancia, dado que el recurso de apelación debió ser estimado en parte. Igualmente la parcial estimación de la demanda conduce a que tampoco se impongan las costas de primera instancia. Todo ello en aplicación de los arts. 394 y 398 LEC.

Conforme a la Disposición Adicional 15.ª 8 LOPJ procede devolver a la parte recurrente el depósito constituido por los recursos de apelación y casación, no así el de infracción procesal al rechazarse este recurso también interpuesto, conforme al apartado de dicha disposición.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido :

- 1.º- Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal, con imposición de las costas a la parte recurrente y pérdida del depósito.
- 2.º- Estimar el recurso de casación interpuesto contra la sentencia dictada el 13 de junio de 2018, por la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Bizkaia, en el recurso de apelación n.º 147/2018, sin imposición de costas y devolución del depósito.
- 3.º Casar la sentencia recurrida, dejándola sin efecto, estimamos en parte el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia de 10 de enero de 2018, dictada por la magistrada-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 12 de Bilbao, en las actuaciones de juicio ordinario n.º 547/2017.
- 4.º- Revocamos esta última resolución y, en su lugar, dictamos otra en virtud de la cual, con parcial estimación de la demanda deducida, condenamos a la compañía de seguros AXA a abonar al actor la suma de 126.305,66 euros, con los intereses del art. 20 LCS, desde el 6 de mayo de 2015, devengados de la forma indicada por la sentencia recurrida, sin imposición de las costas de primera instancia, y sin hacer tampoco especial pronunciamiento de las derivadas de la apelación, con devolución del depósito constituido para recurrir.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.