

**LA EXIGENCIA DE IRREVERSIBILIDAD DE UNA INVALIDEZ PERMANENTE
ABSOLUTA POR DEPRESIÓN DEL ASEGURADO ES UNA CLAUSULA
LIMITATIVA***

**Sentencia de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo nº 345/2020
(STS 2081/2020)**

Lorena Parra Membrilla**
Centro de Estudio de Consumo
Universidad de Castilla-La Mancha

Fecha de Publicación: 1 de diciembre de 2020

El pasado 23 de junio de 2020, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en su sección 1ª estimó el recurso de casación interpuesto por una asegurada, en el que el siniestro invalidante tuvo su origen en una depresión considerando que el cuestionario de salud al que se le sometió por parte de la compañía aseguradora fue ambiguo e indeterminado. Además la cláusula que definía la incapacidad permanente absoluta dentro de la póliza fue considerada limitativa de derechos, condenando a la compañía a abonar la cantidad de 75.000 euros, más los intereses legales del art. 20 LCS.

* Trabajo realizado en el marco del Contrato con referencia 2020-COB-9857 financiado con la Ayuda para la financiación de actividades de investigación dirigidas a grupos de la UCLM Ref.: 2019-GRIN-27198, denominado "Grupo de Investigación del Profesor Ángel Carrasco" (GIPAC); en el marco del Proyecto de Investigación PGC2018-098683-B-I00, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (MCIU) y la Agencia Estatal de Investigación (AEI) cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) titulado "Protección de consumidores y riesgo de exclusión social" dirigido por Ángel Carrasco Perera y Encarna Cordero Lobato y en el marco de la ayuda para la realización de proyectos de investigación científica y transferencia de tecnología, de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) para el Proyecto titulado "Protección de consumidores y riesgo de exclusión social en Castilla-La Mancha" (PCRECLM) con Ref.: SBPLY/19/180501/000333 dirigido por Ángel Carrasco Perera y Ana Isabel Mendoza Losana.

** ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5670-1509>

1. Hechos que dan lugar al conflicto

La representación de la asegurada (Doña Encarna), formuló demanda de juicio ordinario contra Seguros El Corte Inglés Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A, en adelante SECIVPR, S.A en reclamación de la suma de 75.000 euros más los intereses legales del art.20 de LCS, objeto de cobertura, en virtud de la póliza suscrita por las partes en fecha 13 de noviembre de 2004, en la que se establece la garantía de fallecimiento e invalidez permanente absoluta con un capital asegurado de 75.000 euros, en base a los siguientes hechos:

La asegurada contrató una póliza de seguro de vida con cobertura de invalidez con la compañía SECIVPR, S.A. Junto con la contratación cumplimentó varios boletines de adhesión y cuestionarios de salud el 13 de noviembre de 2004 y el 10 de marzo de 2007, donde no manifestó padecer enfermedad depresiva alguna.

Dentro de la póliza de seguros, concretamente en su apartado 2.1 de las Condiciones Generales de la póliza se establecía que *“a los efectos de esta cobertura, se entiende por Invalidez Permanente Absoluta, la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional”*.

La asegurada cursa con fecha 25 de febrero de 2008, baja por incapacidad temporal por trastorno depresivo mayor y trastorno alimenticio. El Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS, emitió el 13 de octubre de 2009 un dictamen de propuesta de incapacidad, siendo aceptado y elevado a definitivo por la misma a fecha 21 de octubre de 2009, calificando a la actora en la condición de “incapacitado permanente en grado de absoluta”, sobre la base de un cuadro clínico de trastorno depresivo mayor y trastorno de la conducta alimentaria, que provoca “limitación actual para actividad laboral reglada”, pero haciendo constar que existe posibilidad de mejoría, al menos parcial, a medio plazo, y que por lo tanto, podrá ser revisada la calificación por agravación o mejoría a partir del 1 de septiembre de 2010, pudiéndose instar según el art. 143 de la Ley General de Seguridad Social a partir de dicha fecha, comunicándole que de acuerdo con lo establecido en el art. 45.4 del Reglamento 574/72 se le informa de que la medida adoptada tiene carácter provisional y no es recurrible.

El 24 de junio de 2010 se le otorga carácter definitivo a la resolución que se le comunico provisionalmente, emitiendo nuevo dictamen por el Equipo de Valoración de Incapacidades el 1 de marzo de 2011, siendo aceptado y elevado a definitivo por la

Dirección Provincial del INSS en esa misma fecha, acordando así: “mantener la situación de incapacidad permanente absoluta que por la contingencia de enfermedad común tiene reconocida, por considerar que su estado no ha experimentado mejoría”. Desde entonces hasta la fecha de la sentencia del Juzgado 5 mayo de 2017, habían transcurrido ya más de seis años sin que se hubiera procedido a revisar dicha calificación.

La entidad demandada se opuso a la demanda, considerando que se ocultó por parte de la actora la verdadera situación de salud, dado que, a la fecha de suscripción de seguro, ya padecía las dolencias que posteriormente provocaron su incapacidad con infracción del art. 10 de LCS, así como que, en cualquier caso, la declaración de incapacidad permanente absoluta por parte del INSS no reunía los requisitos contractualmente exigidos para que fuera objeto de la cobertura, al no ser considerada como irreversible como se establece en el apartado 2.1 de las Condiciones Generales de la póliza.

2. Cuestiones jurídicas en conflicto

El Juzgado de Primera Instancia nº4 de Móstoles dictó sentencia el 5 de mayo de 2017 estimando la demanda interpuesta por la asegurada condenando a SECIVPR, S.A a abonar la cantidad de 75.000 a la demandante, más los intereses legales del art. 20 LCS.

Dicha estimación de la prestación ejercitada respondió, en síntesis, a la consideración de que la demandad no había sometido a la asegurada a un cuestionario de salud propiamente dicho, por lo que no existió la posibilidad para que pudiera cumplir con su deber de responder a hechos o circunstancias que pudieran ser relevantes para la valoración del riesgo, sin que la aseguradora hubiera probado que, en el momento de suscribir la demandante el boletín de adhesión, existieran enfermedades diagnosticadas conocidas y ocultadas por la aseguradora.

Contra dicha sentencia se interpuso por la compañía de seguros recurso de apelación, dictando sentencia estimatoria el 23 de octubre de 2017 por la Sección 10ª de la Audiencia Provincial de Madrid, al considerar que, no habiéndose acreditado la irreversibilidad de la enfermedad depresiva que padece la asegurada, pues la última revisión aportada fue de 1 de marzo de 2011, sin que exista en autos resolución posterior, ni pronunciamiento del INSS sobre la irreversibilidad de la situación médica de la asegurada, la cobertura del seguro contratado no entra en juego y no pueden prosperar las pretensiones de la demandada.

Frente a la resolución de la Audiencia Provincial de Madrid, la asegurada interpuso recurso de casación fundado en tres motivos:

- Infracción del art.3 de la LCS al considerar que se habría introducido una cláusula sorpresiva y limitativa de los derechos del asegurado.
- Infracción de la doctrina del Tribunal Supremo sobre las cláusulas limitadoras y limitativas en el contrato de seguro
- Existencia de jurisprudencia contradictoria entre Audiencias Provinciales sobre la interpretación de irreversibilidad de la invalidez permanente absoluta.

Finalmente, la Sección 1ª de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo procedió a estimar el recurso de casación (Sentencia núm. 345/2020 de 23 de junio), en base a los siguientes motivos:

- a) La Condición general de la póliza objeto de litigio debe calificarse como limitativa de derechos de la asegurada , no cumpliendo los requisitos de validez del art. 3 LCS

En varias ocasiones este tribunal ha tenido que abordar la cuestión controvertida sobre la naturaleza de las condiciones generales de los contratos de tal clase, con las consecuencias derivadas del sometimiento a distinto régimen jurídico, en tanto en cuanto para el juego contractual de las condiciones delimitadoras hasta la aceptación genérica, sin la necesidad de la observancia de los requisitos de incorporación que se exigen a las limitativas, las cuales deben estar destacadas de un modo especial y ser expresamente aceptadas por escrito, para comprobar así que el asegurado tuvo un conocimiento exacto del riesgo cubierto (art.3 LCS).

En la STS 661/2019, de 12 de diciembre, se expuso doctrina en los siguientes términos: “En principio, una condición delimitadora define el objeto del contrato, perfila el compromiso que asume la compañía aseguradora, de manera tal que, si el siniestro acaece fuera de dicha delimitación, positiva o negativamente explicitada en el contrato, no nace la obligación de la compañía aseguradora de hacerse cargo de su cobertura. Las cláusulas limitativas, por el contrario, desempeñan distinto papel, en tanto en cuanto producido el riesgo actúan para restringir, condicionar o modificar el derecho de resarcimiento del asegurado”¹.

Además, la STS 273/2016, de 22 de abril, precisa que: “ [...] cuando una determinada cobertura de un siniestro es objetiva y razonablemente esperada por el asegura, por constituir prestación natural de la modalidad de seguro concertado,

¹ Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Pleno), de 12 de diciembre de 2019, núm. 661/2019 (RJ 2019/5196). En este sentido encontramos también: Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección1ª), de 14 de septiembre de 2016, núm. 541/2016 (RJ 2016/4109); Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª) de 29 de enero de 2019, núm. 58/2019 (RJ 2019/226).



es preciso que la restricción preestablecida cuente con la garantía adicional de conocimiento que implica el régimen de las cláusulas limitativas, por lo que la eficacia contractual de las condiciones sorpresivas queda condicionada a las exigencias del art. 3 LCS”².

En el hecho planteado en la demanda, la condición general 2.1 del seguro colectivo suscrito, si bien define lo que se entiende por invalidez permanente absoluta, introduce el requisito de exigir su naturaleza irreversible. Este requisito lo establece sin concreción alguna, lo que determina que deba ser considerada dicha cláusula como limitativa, requiriendo los requisitos de aceptación anteriormente expuestos, en tanto que restringe, condiciona o modifica el derecho de resarcimiento del asegurado y sus legítimas expectativas de cobertura. Ello es así, porque en el régimen general de la Seguridad Social, invocado por la aseguradora, la invalidez permanente absoluta es susceptible de ser declarada con la correspondiente posibilidad de revisión³.

- b) La asegurada no ocultó de forma dolosa o gravemente culposa una depresión preexistente por lo que no procede la liberación de la aseguradora conforme al art. 10 de la LCS.

Es jurisprudencia de esta sala la que sostiene que el art.10 LCS establece un deber de contestación o respuesta por el asegurado a lo que se le pregunte por el asegurador, de modo que éste habrá de asumir las consecuencias que deriven de la presentación de un cuestionario incompleto⁴.

Se ha negado por esta sala en varias ocasiones la existencia de ocultación en casos de cuestionarios o declaraciones de salud demasiado genéricas o ambiguas, con preguntas sobre la salud general del asegurado estereotipadas, que no le permitían vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro.

² Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª), de 22 de abril de 2016, núm. 273/2016 (RJ 2016/3846).

³ Así lo expresa, el art. 143.2 del RDL 1/1994, de 20 de junio, vigente hasta la fecha de la póliza (actual art.200 del RDL 8/2015, de 30 de octubre), y el art. 48.2 del Estatuto de los Trabajadores.

⁴ En este sentido encontramos entre otras: Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª), de 7 de febrero de 2019, núm.81/2019 (RJ 2019/320); Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª), de 10 de octubre de 2018, núm. 562/2018 (RJ 2018/4288).



En el caso presente, el cuestionario, al que fue sometida la actora, es realmente genérico e indeterminado, encerrando un juicio valorativo subjetivo de la misma⁵. Además, la demandante fue valorada por primera vez por trastorno depresivo en el servicio de psiquiatría en abril de 2008, y no en abril de 2004, siendo en el año 2007 tratada en el servicio de Atención Primaria por un probable cuadro de bulimia nerviosa.

Por otra parte, el boletín de adhesión de 10 de marzo de 2007, a los mismos seguros colectivos de vida y accidentes, y con el mismo contenido que el boletín de adhesión de 13 de noviembre de 2004, señala el Juzgado que no puede ser reputado como una nueva solicitud de seguro, puesto que no supone una sustitución de una póliza por otra posterior, ya que en dicho caso se trataría de una novación extintiva, sino que se trataba de una mera actualización de las primas y capitales asegurados en los seguros previamente concertados.

c) Coordinación con la jurisprudencia del Pleno de la Sala de lo Social

En este caso, interpretando las condiciones generales de contratos de seguro que definen el riesgo de invalidez permanente absoluta exigiendo la “situación física irreversible” la STS 68/2020, de 28 de enero, establece que, “Tras la vigencia del art. 48.2 ET, existe un tipo de incapacidad permanente que, pese a su denominación, posee efectos suspensivos del contrato de trabajo. Cuando la póliza que asegura el cumplimiento de la mejora voluntaria prevista en el convenio colectivo especifica que cubre las situaciones irreversibles, la incapacidad permanente condicionada a los términos de dicho artículo no permite lucrar la mejora voluntaria. En estos casos, si la revisión por mejoría no se produce dentro del plazo máximo de dos años, el trabajador si puede reclamar la indemnización, pero si la mejoría se produce habrá quedado demostrado que no existía una situación irreversible de las que dan derecho a dicha indemnización pactada”.

La aseguradora niega la cobertura dado que la invalidez reconocida a la actora por el INSS no es definitiva, sino provisional, no siendo objeto de cobertura por la póliza. Y es que, nada impide que se pacte la cobertura de la invalidez permanente

⁵ A la asegurada se le preguntó: 1. ¿Ha tenido o tiene alguna limitación física o psíquica o enfermedad crónica? 2. ¿ha padecido en los últimos 5 años alguna enfermedad o accidente que haya requerido tratamiento médico o intervención quirúrgica? 3. ¿se considera actualmente en buen estado de salud? Según afirma el Tribunal, con estas preguntas se deja al arbitrio del asegurado determinar lo que entiende por limitación física o psíquica o buen estado de salud, o de escasa significación, al requerirle, sin mayores precisiones, si en los últimos cinco años padeció alguna dolencia que requiriese atención médica, por lo que su contestación afirmativa no aporta dato relevante para la valoración del riesgo, al ser natural que tal situación se haya producido en cualquier personal.

absoluta con la condición de irreversible, pero con las garantías de la suscripción de las condiciones limitativas, toda vez que está excluyendo casos de indeterminación de la evolución de un cuadro clínico, de manera tal que un asegurado afecto a una invalidez permanente absoluta, que persista desde su declaración hasta su jubilación, sería excluido de la póliza, ante la eventualidad de su mejoría. De mantenerse tal interpretación, el contrato se alejaría de forma inadmisiblemente de la finalidad pretendida con la suscripción y de las razonables expectativas de cobertura del asegurado.

Es por ello, que la condición redactada sin precisión, ni matiz de clase alguna, determinaría que casos, como el presente, en que los trastornos depresivos y de la alimentación sufridos por la actora, que motivaron su declaración de invalidez, siguiesen sin cobertura transcurridos al menos seis años desde la última revisión, llevada a efecto en el año 2011 por el INSS.

En definitiva, la sentencia recurrida no admite que una invalidez permanente absoluta, sin mejoría en los dos años posteriores, que extingue la relación laboral y prolongada durante varios años más, sea objeto de cobertura, y ello atribuye a la misma su carácter limitativo que determina la estimación del recurso.

3. Conclusiones

El Tribunal ha considerado como condición limitadora del contrato de seguro el requisito de irreversibilidad de la invalidez permanente absoluta, en tanto que restringe, condiciona o modifica el derecho de resarcimiento del asegurado y sus legítimas expectativas de cobertura, debiendo por lo tanto, para que dicha cláusula fuera considerada válida, estar destacada de un modo especial y ser expresamente aceptada por escrito por el asegurado, requisitos que exige en art. 3 LCS. Además, la sentencia no admite que una invalidez permanente absoluta, sin mejoría de dos años posteriores (en coordinación con la jurisprudencia del Pleno de la Sala de lo Social), la cual extingue la relación laboral, y que se prolonga durante varios años más, sea objeto de cobertura.

Por otro lado, el Tribunal afirma que el cuestionario de salud al cual fue sometida la asegurada fue considerado demasiado ambiguo, genérico e indeterminado, por lo que la sala no considero infringido el deber de declaración del riesgo del art. 10 LCS.

Pues bien, ante un futuro incierto en nuestras vidas debido al COVID-19, estos conflictos jurídicos planteados podrán marcar un precedente para futuros pleitos en los que se discuta la cobertura aseguradora de invalidez causada por diversos cuadros psiquiátricos depresivos a causa de la pandemia.