

DELIMITACIÓN DEL RIESGO ANTE RESPONSABILIDAD POR ANULACIÓN EN LOS SEGUROS DE VIAJE: COBERTURA POR ENFERMEDAD

SAP de Madrid (Sección 14) núm. 360/2015, de 14 de diciembre (JUR 2016/14731)

Luis Miguel Vioque Galiana
Estudiante de Grado en Derecho
Universidad de Castilla La Mancha

Fecha de publicación: 23 de febrero de 2016

En la presente sentencia, se aborda una controversia referente a la delimitación de los riesgos asegurados en una póliza de coberturas en seguros de viaje frente a los gastos originados por la cancelación del mismo, en un supuesto de enfermedad grave de un familiar.

1. Hechos

Los hechos que dan lugar al presente conflicto tienen origen en la adquisición, por parte de particulares, de un paquete vacacional para el disfrute de un crucero con destino a las Islas Galápagos. Junto con los servicios necesarios para la realización del viaje, se contrató una póliza de seguro colectivo mediante la adhesión de los contratantes a unas condiciones generales, como prevención para cubrir los posibles gastos ocasionados ante hipotéticos impedimentos que pudieran conllevar su anulación.

Así las cosas, antes de iniciarse el crucero, un acontecimiento sobrevenido condujo a los contratantes a estimar inadecuada su realización, optando por su cancelación, pretendiendo que la compañía aseguradora se hiciese cargo de los gastos ocasionados por la misma. La causa de la anulación respondía a una de las supuestas contingencias aseguradas, la enfermedad grave de un familiar del contratante con anterioridad al disfrute del mismo. En concreto, la madre del consumidor contratante sufrió un “ictus”, infarto cerebral, que conllevó su ingreso hospitalario con una posterior necesidad de rehabilitación llevada a cabo en centro médico. El ictus se produjo antes del inicio del viaje, y no fue dada de alta hasta días después de su inicio, de haberse realizado.

Ante tal situación, y constando entre las coberturas de la póliza de seguro contratada una cláusula que garantiza el reembolso de los gastos de cancelación cuando dicha

cancelación responde a motivos de enfermedad grave del contratante o de sus familiares, se procede a la anulación del mismo, y se insta a que la compañía aseguradora corra con dichos gastos de anulación.

La compañía aseguradora se negó a hacerse cargo de los gastos derivados de la cancelación, entendiendo que no se da el presupuesto de hecho asegurado: la necesidad de que dicha enfermedad sea grave entendiendo por tal aquella que haga peligrar la vida del afectado. En particular, el clausulado de la póliza establecía la delimitación de lo que debe entenderse por “enfermedad grave” a efectos de aplicación de la misma, en concreto “aquella que produce una alteración de la salud constatada por un profesional médico, que implique hospitalización o necesidad de guardar cama y que haga medicamente imposible el inicio del viaje en la fecha prevista o **conlleve riesgo de muerte para alguno de los familiares del asegurado mencionados**”. Por lo tanto, considera la aseguradora que no se produjo la circunstancia cubierta puesto que (i) en el informe médico hospitalario no se reseña que corriera peligro la vida de la afectada; y (ii) no consta que existiera riesgo “inminente” para su vida.

En este punto surge la duda cuya respuesta dará la solución a la cuestión a debate, y para cuyo análisis se expondrá con mayor profundidad el asunto: ¿se ajusta el suceso acontecido al supuesto de hecho asegurado? y, según sea la respuesta afirmativa o negativa, ¿quién debe hacerse cargo de los gastos de anulación del viaje?

2. Argumentación jurídica y fallo de la Audiencia Provincial

El Juez de Primera Instancia estimó la demanda formulada por los contratantes de la póliza y condenó a la compañía aseguradora al pago de los gastos de anulación del viaje y los intereses resultantes de la aplicación del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguros. Expresamente, en la sentencia se indica que el contratante “no podía irse tranquilamente de viaje de placer”, al mismo tiempo que se sostiene que “la parte demandada pretende introducir un debate jurídico en algo que es de puro sentido común”, al parecer, el hecho de la preferencia de no realizar el viaje ante la situación médica del familiar.

Contra esta resolución interpuso recurso de apelación la compañía aseguradora en base a dos motivos principales. El primero, una “falta de motivación y fundamentación jurídica de la sentencia”, ya que la misma se remite al sentido común, motivo que es rechazado; y, el segundo, el no hacerse eco de la cláusula existente en la póliza de seguro definitoria del concepto de “enfermedad grave”, y por la cual, a su parecer, la compañía quedaría exonerada de hacerse cargo de los gastos de anulación ocasionados, por no darse el requisito del peligro vital.

En consecuencia, la Sala debe resolver si se dio el supuesto de enfermedad grave recogido en las condiciones generales de la póliza de seguro colectivo, esto es, si existió peligro de muerte que permitiera calificar, de acuerdo con las definiciones del condicionado, la enfermedad sufrida por la ascendiente del consumidor como enfermedad grave.

La Audiencia Provincial alcanza las siguientes conclusiones. Las condiciones de la póliza vinculan al asegurado siempre que las mismas delimiten el riesgo que es objeto de cobertura. Dicha delimitación se cumple en la póliza objeto de debate, garantizando los casos en que la anulación se efectúe por enfermedad grave, y delimitando el concepto de lo que debe entenderse por enfermedad grave.

En opinión de la Audiencia Provincial, los hechos acaecidos quedan garantizados por la póliza de seguro colectivo a la que se adhirieron los contratantes, pues de las pruebas periciales practicadas se deriva que el ictus se califica de enfermedad grave, con riesgo en el caso concreto de que las patologías previas de la afectada pudieran agravar el cuadro, pudiendo repetirse el mismo durante el periodo de tres meses tras su primera aparición, y siendo éste una importante causa de mortalidad entre las mujeres existe siempre riesgo de muerte, aunque no se especificara en el informe médico de la paciente.

Lo verdaderamente relevante para la el órgano judicial, no es que durante el transcurso de la enfermedad el afectado corriera un verdadero peligro de muerte, o la “inminencia” del peligro de muerte en palabras de la recurrente, lo cual sólo puede ser determinado a *posteriori*; sino que existiera un riesgo fundado de que esa muerte pudiera llegar a producirse como consecuencia de la enfermedad contraída.

Respecto a los intereses, ratifican la decisión de imponerlos desde el momento en el que se rechazó el siniestro, indicados en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro. El punto octavo del citado artículo, establece la no aplicación de estos intereses si el pago no se realiza por causa justificada. Abundante jurisprudencia (SSTS de 17 octubre 2007, RC 3398/2000, 7 de junio 2010, RC 427/2006, entre otras) establece que la interpretación de la norma debe hacerse en sentido de no perjudicar a la parte débil de la relación contractual (el consumidor que se adhiere al contrato de póliza colectiva), por lo que la oposición al pago, aunque se realice por vía judicial, no es motivo para retrasar el abono de la indemnización, sin que nada impida que la aseguradora pueda obtener su tutela jurídica en un proceso judicial que conlleve la devolución de la cantidad satisfecha o consignada.

Por estos motivos, la Audiencia Provincial de Madrid, ratifica la sentencia dictada por el Juzgado de 1ª Instancia nº 99 de Madrid, desestimando el recurso de apelación interpuesto por la compañía aseguradora y condenando al pago de la indemnización, más los intereses establecidos y costas.