



UZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 5 DE TORREJÓN DE ARDOZ

C/ Granados, 18-20 , Planta Baja - 28850

Tfno: 912760668

Fax: 916758648

42020310

NIG: 28.148.00.2-2016/0005602

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 888/2016

Materia: Seguros

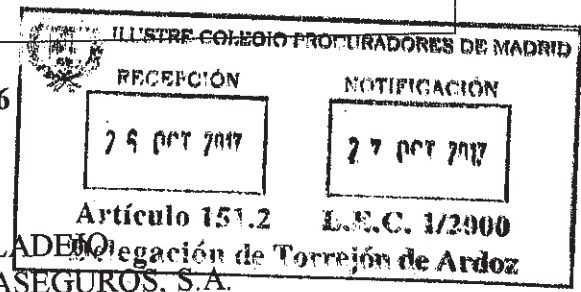
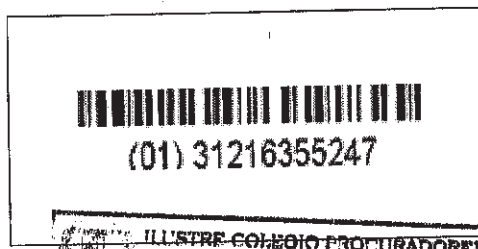
GRUPO TRABAJO: 7

Demandante:

PROCURADOR D./Dña. ARACELI MATE ALBALADEJO

Demandado: PREVENTIVA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

PROCURADOR D./Dña. GUILLERMO GARCIA SAN MIGUEL HOOVER



SENTENCIA Nº 248/2017

JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D./Dña. NATALIA VELILLA ANTOLÍN

Lugar: Torrejón de Ardoz

Fecha: veintitrés de octubre de dos mil diecisiete

Vistos por la Sra. Natalia Velilla Antolín, Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia nº 5 de los de Torrejón de Ardoz, los autos de JUICIO ORDINARIO, registrados bajo el nº 888 de 2016, seguidos en este Juzgado en virtud de demanda interpuesta por el Procuradora de los Tribunales Dª. Araceli Mate Albaladejo, en nombre y representación de , bajo la dirección letrada de Dª. Rosa María Mauri i Obradors, contra la mercantil PREVENTIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS, representada por el Procurador de los Tribunales D. Guillermo García San Miguel Hoover y asistida por el Letrado D. Antonio Cano Pérez.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La parte actora, mediante escrito que por turno de reparto correspondió a este Juzgado, presentó el día 1 de septiembre de 2016 demanda de juicio ordinario que fue tramitada con el nº 888 de 2016.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda por Decreto de 17 de octubre de 2016 se emplazó a la demandada, la cual contestó mediante escrito de fecha 5 de diciembre de 2016. Por Diligencia de Ordenación de fecha 17 de febrero de 2017 se tuvo por contestada a la demanda y se convocó a las partes a la Audiencia Previa que tendría lugar el día 18 de septiembre de 2017.

TERCERO.- Celebrada en la fecha prevista la audiencia previa con presencia de ambas partes, se fijaron los hechos controvertidos, se propuso prueba y, al ser toda ella documental



y tratarse de una cuestión jurídica, en virtud de lo establecido en el artículo 429.8 LEC, quedaron los autos vistos para sentencia.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- La parte actora exponía en su demanda que el es tomador y asegurado de la póliza “Asistencia Familiar Integral” nº 41.0108134 que cubre la contingencia de “Invalidez Total Absoluta y Permanente”. La demandada, PREVENTIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (en adelante PREVENTIVA) es la aseguradora de dicha póliza. Exponía en su demanda el actor que el capital asegurado en caso de Invalidez total absoluta y permanente era de 30.000 euros. El 13 de marzo de 2013, el actor tuvo una insuficiencia respiratoria por neumonía, por la que tuvo que ser hospitalizado, hasta el punto de que tuvo que ser ingresado en la Unidad de Vigilancia Intensiva más de tres meses y quedándose importantes secuelas que incapacitan para trabajar. En octubre de 2014, el INSS declaró la invalidez permanente total del demandante, con un diagnóstico de polineuropatía. Las secuelas de la enfermedad no le permiten realizar su trabajo de vigilante. Tras la firmeza de la resolución, el demandante procedió a la declaración de siniestro a la aseguradora y la reclamación de la indemnización prevista. Tras aportar toda la documentación solicitada, la hoy demandada remitió una carta rechazando el pago. Los motivos alegados eran que el tipo de invalidez reconocido en el INSS (incapacidad permanente en grado total) no estaba amparado por las garantías de su póliza. Sin embargo, el único documento que tenía el demandante tras la contratación de la póliza, contenía como riesgo tanto la incapacidad “total” como la “absoluta”. Añadía que durante la contratación de la póliza no se le advirtió de las “condiciones generales” y confió en la cobertura integral que le ofrecían. Por todo ello, reclamaba el pago de la indemnización pactada, ya que había sucedido el riesgo objetivo de cobertura sin haber obtenido el pago de lo acordado. Pedía, asimismo, los intereses del artículo 20 LCS.

La parte demandada no discutió la condición médica del demandante si bien sí manifestó que este había recibido y examinado un ejemplar de las condiciones generales. En el artículo 23 de las Condiciones Generales del Seguro, figuraba que *«la situación física irreversible provocada por el accidente o enfermedad, originada independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional»* y, posteriormente, en el artículo 25 *«el asegurador garantiza el pago, al propio asegurado, del capital estipulado para esta garantía en las condiciones particulares de la póliza, en caso de que el asegurado quede afectado de una invalidez absoluta y permanente durante la vigencia del seguro»*. La parte demandada considera que no ofrece ninguna duda de qué garantía de las condiciones particulares se refiere: invalidez total absoluta y permanente. Entiende la parte demandada que la póliza efectúa en cada caso una definición concreta del supuesto de hecho que se garantiza, debiendo estarse a lo señalado en cada caso (p.e. en el seguro de accidentes distingue entre invalidez permanente, incapacidad temporal, invalidez permanente absoluta, gran invalidez...). En base a esto, la demandada considera que la garantía a que se refiere el actor en su demanda sólo cubre la invalidez absoluta y permanente, de manera que el sujeto no podrá realizar ninguna relación laboral, cuando sin embargo de los documentos nº 5, 6 y 7

de la demanda, tan solo se desprende su incapacidad para su profesión habitual. Por tanto, la incapacidad que se le reconoció lo fue exclusivamente para la realización de su profesión habitual, y no para todo tipo de relación laboral, que es la cubierta en la póliza suscrita. Por todo ello, solicitaba que se desestimase la demanda.

SEGUNDO.- La controversia aquí suscitada se basa en la interpretación del contrato de seguro suscrito por las partes. La parte actora considera que la incapacidad permanente total que le ha sido reconocida por el INSS se debe indemnizar con 30.000 euros, a tenor del condicionado general del seguro suscrito entre las partes. La parte demandada entiende que el seguro suscrito no cubre esta contingencia, sino exclusivamente la incapacidad permanente absoluta, por así venir definido en el condicionado general.

Es preciso distinguir, como en casi todos los pleitos que tienen por objeto un contrato de seguro, entre las cláusulas que limitan objetivamente el riesgo asumido en el contrato, su contenido y el ámbito al que se extiende, que no tienen carácter lesivo y que conforman la delimitación de la cobertura, elemento esencial del contrato de seguro para que pueda nacer la obligación del asegurador definiendo los riesgos cubiertos (art. 1 LCS), de las cláusulas que, partiendo de un riesgo cubierto constituyen una excepción que el asegurador puede oponer al asegurado cercenando los derechos de este, de suerte que restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido (art. 3 LCS).

Tiene declarado la jurisprudencia (STS 22 de diciembre de 2008) que deben excluirse del concepto de cláusulas limitativas de los derechos del asegurado aquellas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial, incluyendo en estas categorías la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada o contratada. Este tipo de cláusulas, serían limitativas del riesgo, cuando en ellas se individualiza el riesgo y se establece su base objetiva. Tienen esta naturaleza las que establecen «exclusiones objetivas» de la póliza o restringen su cobertura en relación con determinados eventos o circunstancias, siempre que respondan a un propósito de eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o en coherencia con el uso establecido.

En este sentido se pronuncia el Tribunal Supremo en sentencia de 11 de febrero de 2009, con cita de sentencia de Pleno de 11 de septiembre de 2006, establece que *«Esta Sala, en la jurisprudencia más reciente, que recoge la sentencia de 30 de diciembre de 2005, viene distinguiendo las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado -las cuales están sujetas al requisito de la específica aceptación por escrito por parte del asegurado que impone el artículo 3 LCS-, de aquellas otras que tienen por objeto delimitar el riesgo, susceptibles de ser incluidas en las condiciones generales y respecto de las cuales basta con que conste su aceptación por parte de dicho asegurado. Según la STS de 16 octubre de 2000, "la cláusula limitativa opera para restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido, y la cláusula de exclusión de riesgo es la que especifica qué clase de ellos se ha constituido en objeto del contrato. Esta distinción ha sido aceptada por la jurisprudencia de esta Sala (sentencia de 16 de mayo de 2000 y las que cita)". Las cláusulas delimitadoras del riesgo son, pues, aquellas mediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando qué*

riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla. La jurisprudencia mayoritaria declara que son cláusulas delimitativas aquellas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial (SSTS 2 de febrero 2001; 14 mayo 2004; 17 marzo 2006). Ello permite distinguir lo que es la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada o contratada, de las cláusulas del contrato que limitan los derechos de los asegurados, una vez ya se ha concretado el objeto del seguro, por cuanto nada tienen que ver con estas, sino con las delimitativas, en cuanto pertenecen al ámbito de la autonomía de la voluntad, constituyen la causa del contrato y el régimen de los derechos y obligaciones del asegurador, y no están sujetas a los requisitos impuestos por la Ley a las limitativas, conforme el art. 3, puesto que la exigencia de este precepto no se refiere a una condición general o a sus cláusulas excluyentes de responsabilidad de la aseguradora, sino a aquéllas que son limitativas de los derechos del asegurado (STS 5 de marzo 2003, y las que en ella se citan)».

Por tanto, hemos de partir de la validez de las cláusulas del contrato litigioso por cuanto en ellas se define cuál es el riesgo asegurado y en qué forma ha de indemnizarse, desde el momento en el que las condiciones particulares están claramente recogidas y hay que acudir a las generales para su definición, como delimitación del riesgo.

TERCERO.- La primera controversia que plantea la parte demandada en su contestación se refiere al propio concepto de Invalidez Permanente Total. Es cierto, y así está reconocido en la contestación, que al demandante le ha sido otorgada la Invalidez Permanente Total por Resolución de fecha 30 de octubre de 2014 de la Dirección Provincial de Madrid del INSS (documento nº 6 de la demanda). La parte demandada considera que la calificación de Invalidez Permanente Total del INSS no se encuentra cubierta por el seguro, por cuanto en las condiciones generales se recoge “Incapacidad total absoluta y permanente” que es definida en los artículos 23 y 25 de las condiciones generales, y que se refieren a la Incapacidad Total Absoluta para cualquier trabajo, no sólo para el de vigilante.

De la lectura de las condiciones particulares, esta juzgadora no entiende a qué tipo de Incapacidad se refiere, si a la Incapacidad Absoluta, a la Incapacidad Permanente Total o a ambas. La diferencia entre la primera y la segunda radica en la circunstancia de que, cuando la invalidez es absoluta, la lesión sufrida incapacita o limita ostensiblemente al afectado para las actividades de la vida cotidiana, mientras que la Invalidez Permanente Total es un estado según el cual el lesionado no puede desarrollar su trabajo habitual, aunque quizá pueda desempeñar otro tipo de actividad laboral y, por supuesto, la mayoría de las actividades de la vida ordinaria. Habría sido deseable y lógico que el contrato tuviera una redacción mejor, diferenciando entre uno y otro tipo de incapacidad, términos ambos muy usados en materia laboral. Respecto de la confusa redacción, me referiré en el párrafo siguiente. En cualquier caso, aunque asumiéramos la redacción de la cláusula en los términos defendidos por la demandada, entendiéndolo que la cobertura por Incapacidad Permanente se refiere únicamente a la Incapacidad Permanente Absoluta y no a la total (que es la que ha sido reconocida al demandante), estaríamos ante una definición del riesgo que se ampara en una cuestión técnica o jurídica, que debió explicarse de forma clara y transparente. Dicho de otra forma: cualquier profesional sin formación jurídica, no es capaz de distinguir entre uno y otro tipo de Incapacidad a los efectos de entender la definición del riesgo para determinar la cobertura

del contrato. De ahí que, discrepando con la apreciación de la parte demandada, debemos entender que la declaración de Invalidez Permanente Total del demandante acordada por el INSS en fecha 30 de octubre de 2014, es un riesgo cubierto por la póliza en cuanto a su condición de Invalidez Permanente, con independencia de que el demandante pueda o no realizar las actividades habituales de la vida cotidiana u otro tipo de actividad.

Pero es que, además, en ningún caso puede acogerse el planteamiento de la parte demandada. A mayor abundamiento, se dan dos circunstancias claras que justificarían la confusión (voluntaria o no) del tomador a la hora de firmar el contrato creyendo que estaría cubriendo la contingencia producida de incapacidad permanente total. En primer lugar, la confusísima redacción de la condición particular, que contempla, sin comas ni explicaciones, un riesgo consistente en “Invalidez total absoluta y permanente”. La carencia de comas, podría llevarnos a entender que, de haberse querido incluir la incapacidad total permanente se debería haber redactado conforme a la siguiente fórmula: “Invalidez total, absoluta y permanente”, por lo que, con la ausencia de coma, se estaría excluyendo el siniestro reclamado. Pero es que no aparece ninguna coma en ninguna de las condiciones generales y la redacción es harto confusa. Se debería haber recogido como contingencia “Invalidez absoluta permanente”, tras lo cual no se habría dado ningún lugar a confusión. En segundo lugar, porque aun entendiendo que la definición del riesgo cubierto debe entenderse por referencia al condicionado general, dicho condicionado ha sido aportado por la demandada sin firma del demandante, por lo que carece de validez a efectos contractuales y no podemos entender que el asegurado firmase la póliza conociendo la voluntad (tan mal expresada) de la aseguradora de excluir el riesgo de Incapacidad Permanente Total. Por todo ello, la demanda debe ser estimada en su integridad.

CUARTO.- Los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro fueron concebidos por el legislador como un medio útil para que las víctimas de siniestros cubiertos por una póliza de seguros, obtuvieran con mayor celeridad la indemnización a la que tuvieran derecho, sin que la existencia de un procedimiento judicial civil declarativo fuera un obstáculo para obtener la satisfacción de sus derechos. En este sentido, la Sala Primera del Tribunal Supremo tiene declarado que el artículo 20 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro es un precepto que establece para las aseguradoras, en el ámbito de los intereses de demora (“interés especial de demora” según STC 5/93 de 14 de Enero), y para el caso de que la aseguradora se retrase en el pago excediendo así del plazo legal, la imposición por el órgano judicial, de oficio, de unos intereses claramente sancionatorios, y por tanto disuasorios, respecto de una conducta que dificulta o aventura el pago de una indemnización (Sentencias de 16 de octubre de 2008, en el recurso de casación 858/2002, de 6 de septiembre de 2008, recurso de casación 1208/2004 y de 29 de junio de 2009, recurso de casación 840/2005, entre las más recientes).

Dicho lo cual, ante la falta de justificación en la negativa al pago de la indemnización reclamada con ocasión del seguro suscrito entre las partes, no cabe exonerar a la aseguradora del pago de los intereses del artículo 20 LCS, que deberán ser calculados desde la fecha de declaración del siniestro hasta la completa satisfacción de la indemnización fijada en el fundamento anterior, sin perjuicio de los intereses procesales que pudieran derivarse conforme a lo establecido en el artículo 576 LEC. Por “fecha del siniestro” habrá de estarse a la fecha de declaración de Incapacidad Permanente Total.

QUINTO.- En materia de costas, ante la estimación total de la demanda, en aplicación de lo establecido en el artículo 394 LEC, la demandada debe ser condenada en costas.

FALLO

ESTIMO ÍNTEGRAMENTE LA DEMANDA interpuesta por y condeno a **PREVENTIVA CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.** a abonar al actor la cantidad de 30.000 euros (**TREINTA MIL**) más los intereses establecidos en el fundamento jurídico cuarto y al pago de las costas procesales.

Notifíquese a las partes esta resolución haciéndoles saber que contra la misma cabe recurso de apelación que deberá interponerse ante este Juzgado dentro del plazo de los **VEINTE DÍAS** siguientes a su notificación por los trámites de los Art. 458 y siguientes de la LEC (según redacción dada por la Ley 37/2011, de 10 de octubre, de medidas de agilización procesal) para su resolución por la Ilma. Audiencia Provincial de Madrid. Para la admisión del recurso de apelación, será necesaria la consignación de un depósito de 50 euros (artículo 448.1 LEC), así como el abono de la correspondiente tasa, en su caso.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por la Sra. Juez que la suscribe, en Audiencia Pública, en el día de su fecha. Doy fe.

NOTA: Siendo aplicable la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en los artículos 236 bis y siguientes de la Ley Orgánica del Poder Judicial, los datos contenidos en esta comunicación y en la documentación adjunta son confidenciales, quedando prohibida su transmisión o comunicación pública por cualquier medio o procedimiento y debiendo ser tratados exclusivamente para los fines propios de la Administración de Justicia.