

**COMENTARIO DE LA SENTENCIA
DEL TRIBUNAL SUPREMO
DE 31 DE ENERO DE 2023 (129/2023)**

**La fecha de ocurrencia del siniestro
en seguros de invalidez permanente absoluta
por enfermedad común y el límite del interés
de las entidades bancarias
que figuran como beneficiarias en los mismos**

Comentario a cargo de:
MANUEL FRANCO VERGEL
Abogado. Socio de *Cuatrecasas*

SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO DE 31 DE ENERO DE 2023

RoJ: STS 195/2023 – **ECLI:** ES:TS: 2023:195

ID CENDOJ: 28079119912023100001

PONENTE: EXCMO. SR. DON PEDRO JOSÉ VELA TORRES

Asunto: Sentencia que establece las reglas para la determinación de la fecha del siniestro en seguros de invalidez permanente absoluta por enfermedad común. Incorporando las reglas establecidas por la Sala de lo Social para el devengo del derecho del complemento a la prestación de la Seguridad Social, la Sala de lo Civil fija, como regla general, que la fecha relevante es la fecha de dictamen del equipo de valoraciones de la Seguridad Social; y como excepción, establece la Sala que la fecha puede retrotraerse al momento en el que las consecuencias invalidantes de la enfermedad común se revelan como permanentes o irreversibles. Adicionalmente, la Sentencia trata sobre el derecho de las entidades bancarias que figuran como beneficiarias de este tipo de seguros a cobrar en primer lugar, pero hasta el límite de su interés, que no es otro que las cantidades del préstamo hipotecario pendientes de reembolso.

Sumario: 1. Resumen de los hechos. 2. Solución dada en primera instancia. 3. Solución dada en apelación. 4. Los motivos alegados ante el Tribunal Supremo. 5. Doctrina del Tribunal Supremo. 5.1. *Desestimación de los motivos primero y segundo: fecha del siniestro en los seguros de invalidez. Problemática a la que intenta dar solución la Sala.* 5.2. *Desestimación de los motivos primero y segundo: argumentos de la Sala.* 5.3. *Comentario de las razones dadas por el Tribunal Supremo para desestimar los dos primeros motivos.* 5.4. *Estimación parcial del tercer motivo: consecuencias de la designación de beneficiarios en las pólizas de seguros de vida vinculadas a contratos de préstamo.* 5.5. *Comentario de las razones dadas por el Tribunal Supremo para estimar parcialmente el tercer motivo.* 5.6. *Conclusión.* 6. Bibliografía.

1. Resumen de los hechos

El Demandante, D. Amador, contrató un seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario, que estuvo en vigor hasta el 25 de octubre de 2014 con la compañía Caja Granada Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. El seguro cubría, entre otros riesgos, el de incapacidad permanente absoluta.

La cláusula que se refería a dicha cobertura establecía lo siguiente:

“En virtud de esta cobertura, la Entidad aseguradora garantiza el anticipo del cobro de la prestación asegurada por el riesgo principal del fallecimiento, en el caso de que el Asegurado resulte afectado por una invalidez absoluta y permanente para todo trabajo de forma irreversible, que le dé derecho al cobro de una pensión a cargo del erario público o entidad de previsión alternativa.

[...]

Se entenderá que la fecha de ocurrencia de la invalidez coincide con la fecha que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez, que determine el derecho al cobro de una pensión a favor del Asegurado”.

En la póliza se designaba como primer beneficiario a la Caja de Ahorros de Granada y como segundo al propio asegurado.

El 25 de agosto de 2014 (antes, por tanto, de la terminación de la vigencia de la póliza), a consecuencia de una enfermedad común, el Sr. Amador fue dado de baja laboral por un periodo inicial de doce meses. El 4 de septiembre de ese año (estando todavía en vigor la póliza), el asegurado fue hospitalizado por sospecha de leucemia aguda, lo que fue confirmado en esa misma fecha. El diagnóstico se mantuvo igual hasta la fecha del reconocimiento de la incapacidad permanente.

El Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) emitió resolución el día 16 de marzo de 2016 (tras la terminación de la vigencia del seguro), por la que declaró la incapacidad permanente absoluta del asegurado, por enfermedad común. Dicha resolución se basaba en el Dictamen-Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de 24 de febrero de 2016.

El Sr. Amador presentó reclamación ante la aseguradora, quien rechazó cobertura por entender que el siniestro había ocurrido tras la terminación de la vigencia de la póliza.

El Sr. Amador presentó una demanda contra la aseguradora ante el Juzgado de Primera Instancia No. 2 de Loja, en la que solicitó que se le condenara al pago de 41.158,24 EUR, más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), en concepto de indemnización para la cobertura del riesgo de incapacidad permanente absoluta, en los términos previstos en la póliza.

2. Solución dada en primera instancia

El Juzgado de Primera Instancia estimó la demanda mediante Sentencia de 20 de julio de 2017. Consideró que la fecha del siniestro era la de la baja laboral, por lo que tuvo lugar durante la vigencia del seguro. Desechó la aplicación de la previsión contractual sobre la fecha de la resolución del INSS con el argumento de que sería tanto como dejar los plazos de la póliza contratada a la eficacia o rapidez en la tramitación del organismo público.

Por ello, el Juzgado concluyó que la cláusula debía interpretarse en el sentido de que era exigible una declaración formal de invalidez, pero relativa a una enfermedad causante producida durante el periodo de vigencia de la póliza.

El Juzgado de Primera Instancia condenó a la aseguradora, si bien no concedió los intereses del artículo 20 LCS, sino los legales desde la fecha de interposición a la demanda. La sentencia de primera instancia fue recurrida por la aseguradora.

3. Solución dada en apelación

La Sección 5ª de la Audiencia Provincial de Granada desestimó el recurso de la aseguradora y confirmó la sentencia de Primera Instancia, por considerar que la enfermedad determinante de la invalidez se había manifestado durante la vigencia del seguro.

La aseguradora interpuso recurso de casación.

4. Los motivos alegados ante el Tribunal Supremo

La aseguradora planteó tres recursos de casación al amparo del artículo 477.2.3 y 477.3 de la LEC:

El primero, por infracción de lo dispuesto en el artículo 83 LCS, en relación con el artículo 1 LCS y los artículos 1091, 1258 y 1279 LEC y la jurisprudencia contenida en las SSTs 372/1996, de 16 de mayo y 100/2011, de 2 de

marzo. En resumen, el argumento de la aseguradora era que, conforme a lo pactado en la póliza, la fecha del siniestro era la del reconocimiento administrativo de la incapacidad permanente, lo que ocurrió en este caso cuando la póliza ya no estaba en vigor.

El segundo, por infracción de lo dispuesto en el artículo 1281 CC, por considerar la aseguradora que la sentencia recurrida obvia la redacción de la cláusula relevante del contrato, que establece literalmente que la fecha de la invalidez es la de su reconocimiento por el organismo administrativo correspondiente.

El tercero, de forma subsidiaria para el caso de que se mantuviera la condena al pago de la prestación, por infracción por inaplicación de lo dispuesto en el artículo 88 LEC, en relación con el artículo 83 LEC. El argumento de la aseguradora era que la sentencia recurrida ignora el hecho de que en la póliza se establece como primera beneficiaria la Caja de Ahorros de Granada, con la que el asegurado había suscrito el préstamo hipotecario, y atribuye la indemnización directamente al asegurado, que sólo era el segundo beneficiario bajo el seguro.

El Tribunal Supremo estimó parcialmente el tercer motivo y desestimó los dos primeros.

5. Doctrina del Tribunal Supremo

5.1. Desestimación de los motivos primero y segundo: fecha del siniestro en los seguros de invalidez. Problemática a la que intenta dar solución la Sala

La Sentencia comentada trata, al resolver los dos primeros motivos, sobre un problema recurrente en los seguros de vida que cubren el riesgo de invalidez permanente absoluta por enfermedad común: la fecha de ocurrencia del siniestro. Como ocurre en este caso y en los casos resueltos por parte de la jurisprudencia citadas por la Sentencia, es frecuente que se plantee el problema de tener que determinar cuál es la fecha de ocurrencia del siniestro, cuando la invalidez trae causa de una enfermedad detectada en una fecha, pero la declaración formal de invalidez por el Instituto Nacional de la Seguridad Social no tiene lugar hasta un momento posterior. El problema es relevante en aquellos casos en que –como ocurre en el resuelto por la Sentencia comentada– la póliza establece con claridad que lo relevante es la fecha del documento público en el que se acredite la invalidez, pero dicha declaración de invalidez tiene lugar cuando la póliza ya no está en vigor (habiéndose detectado la enfermedad mientras la póliza estaba en vigor).

Como bien explica la Sala, este problema no se da en casos de cobertura del riesgo de invalidez permanente absoluta por accidente, puesto que en

esos casos el hecho causante del siniestro es puntual, fácilmente delimitable temporalmente. Como recuerda la Sentencia comentada, “*la Sala ha dado un tratamiento diferente al seguro que cubre la incapacidad o invalidez causada por un accidente en el que, a efectos de determinación de la fecha del siniestro, lo relevante es la fecha en que se produjo el accidente, aunque posteriormente se produzca la declaración de la incapacidad (sentencia de pleno 736/2016, de 21 de diciembre)*”. Esta jurisprudencia está en línea con la definición de accidente dada por el artículo 100 LCS, que establece como “*la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte*”. No existe una definición similar en la LCS para enfermedad causante de una invalidez permanente –el riesgo de invalidez por enfermedad ni siquiera está regulado en la LCS–.

La dificultad de los casos como el resuelto por la Sentencia es aun mayor, pues si bien en ocasiones la enfermedad detectada es, desde el inicio, determinante de una incapacidad permanente, en otros casos no es hasta la evolución de la enfermedad cuando se agravan los síntomas que llevan a la declaración de invalidez.

Es esta problemática a la que intenta dar solución la Sentencia comentada, mediante el establecimiento de una regla general, y una excepción a dicha regla general, importando para ello criterios seguidos por la jurisprudencia de lo social.

5.2. *Desestimación de los motivos primero y segundo: argumentos de la Sala*

Comienza la Sentencia recordando que, conforme a la jurisprudencia sobre la materia, el riesgo de incapacidad o invalidez –incluido habitualmente en los seguros de vida– tiene por objeto la declaración de dicha incapacidad o invalidez mediante resolución administrativa o judicial. En otras palabras, dice la Sentencia, la enfermedad que dio lugar a la declaración de incapacidad o invalidez no es el riesgo cubierto, sino únicamente el hecho generador del riesgo. A estos efectos, cita la Sentencia comentada las Sentencias 100/2011, de 2 de marzo, y la 372/1996, de 16 de mayo (a la que se remite la primera), que establecieron claramente que la regla general es que el siniestro “*tiene lugar cuando se produce la declaración oficial de la incapacidad o invalidez*”.

Es especialmente relevante la Sentencia 372/1996, pues resolvió un caso similar al resuelto por la Sentencia comentada, en la que la póliza establecía que el riesgo cubierto era la declaración de la invalidez permanente absoluta (IPA), y que la fecha del siniestro era la de la declaración de la IPA por el INSS. En dicho caso había dos pólizas, una que había estado en vigor cuando se diagnosticó la enfermedad, y otra póliza posterior, que estaba en vigor cuando se declaró la IPA por el INSS. En ese caso, la Sala decidió aplicar lo establecido en las pólizas, e hizo responder al seguro que estaba en vigor cuando se declaró la IPA por el INSS.

También cita la Sentencia comentada la Sentencia de la Sala Primera 60/2021, de 8 de febrero, en la que la solución dada fue la contraria. En ese

caso, el Tribunal determinó que la fecha del siniestro era la del diagnóstico de la enfermedad causante de la incapacidad, pero lo hizo aplicando el tenor literal de la póliza. En ese caso, la póliza no establecía con claridad que el riesgo cubierto fuera la declaración de la IPA por el INSS, ni que la fecha relevante fuera la de dicha declaración, sino que alternativamente permitía que la misma se retrotrajera a la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

A partir de esta jurisprudencia, la Sentencia comentada explica que la regla que se deriva es que, *“salvo pacto expreso en contrario, en el seguro de incapacidad o invalidez el pago de la indemnización corresponde a la aseguradora cuyo contrato estaba en vigor cuando se produjo la declaración de invalidez, aunque no lo estuviera cuando se inició la enfermedad invalidante”*.

A pesar de ello, la Sala considera conveniente revisar esta regla para alinear la jurisprudencia de la Sala Civil lo con la regla establecida por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo. A esos efectos, la Sentencia se refiere a la regla establecida en la Sentencia de pleno de dicha Sala Cuarta de 14 de abril de 2010. Explica la Sentencia que la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, resolviendo un caso en el que se reclamaba por el trabajador el pago de la mejora acordada en un convenio colectivo para incapacidades permanentes absolutas, había establecido las siguientes reglas, con base en la normativa de Seguridad Social aplicable a incapacidades laborales:

“(i) Como regla general, para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora (incluido el seguro voluntario), para determinar la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono ha de acudir a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI.

(ii) Como excepción, la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles”.

Tomando en consideración estas reglas establecidas por la Sala Cuarta del TS, la Sala Primera considera conveniente coordinar la jurisprudencia civil en materia de fecha del siniestro en el seguro de invalidez o incapacidad permanente. Considera la Sentencia que esas mismas reglas coinciden con la jurisprudencia previa de la Sala Civil –la regla general con el criterio establecido en las Sentencias 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo–; y la excepción con el criterio establecido en la Sentencia 60/2021, de 8 de febrero. Por ello, la Sentencia comentada acoge esas mismas consideraciones.

Aplicando dichos criterios, concluye la Sentencia que, en el caso concreto, el siniestro se habría producido fuera del periodo de vigencia de la póliza (el 24 de febrero de 2016, fecha del dictamen del EVI) si tomáramos en consideración la regla general. No obstante, considera que es posible aplicar la excepción a dicha regla y retrotraer la fecha del siniestro, puesto que los datos médicos revelan que la enfermedad causante de la incapacidad permanente

se reveló como permanente e irreversible desde el primer diagnóstico, el 4 de septiembre de 2014, cuando la póliza todavía estaba en vigor.

Sin perjuicio de ello, la Sentencia termina apuntando que, en cualquier caso, puesto que la cláusula contractual que fijaba la fecha del siniestro excluía la posibilidad de que la misma pudiera ser anterior a la de las resoluciones administrativas, debe considerarse limitativa de los derechos del asegurado. Y en la medida en la que la misma no cumplía con los requisitos de forma del artículo 3 LCS, la misma no resultaba oponible al asegurado.

5.3. Comentario de las razones dadas por el Tribunal Supremo para desestimar los dos primeros motivos

Sin perjuicio de reconocer la bondad de la solución alcanzada por la Sala –en especial a efectos de proteger los intereses de los asegurados que se ven en la situación, sorpresiva en muchos casos, de no tener cobertura por el hecho de que la declaración de IPA por parte de los organismos competentes llegue en un momento posterior a la terminación de la vigencia de la póliza–, el razonamiento seguido por el Tribunal Supremo no está exento de crítica.

En primer lugar, a pesar de lo dicho por la Sentencia, la misma no está estableciendo unas reglas coherentes con la jurisprudencia anterior de la Sala. Está llevando a cabo un cambio de criterio relevante. Esto se entiende al analizar las Sentencias previas citadas en la misma Sentencia.

Según la Sentencia, la regla general establecida sería coherente con las conclusiones de la Sentencia 372/1996, de 16 de mayo, y la posterior Sentencia 100/2011, de 2 de marzo, que acoge la anterior. Sin embargo, esto no es correcto. Dicha Sentencia 372/1996 estableció de forma expresa que la fecha del siniestro era la de la declaración de la IPA por el organismo competente (lo cual no corresponde al EVI, que sólo emite un Dictamen-Propuesta, como paso previo a la declaración de la IPA), en la medida en la que el riesgo cubierto no era el padecimiento de la enfermedad causante de la incapacidad, sino la situación de incapacidad permanente. Además, en ese caso la póliza establecía expresamente que la fecha del siniestro debía ser la de la declaración de la IPA por el organismo competente.

Sin embargo, eso no coincide con la regla general ahora establecida por la Sala Primera. Según esta regla general, salvo pacto expreso en contrario, la fecha del siniestro será la fecha del dictamen del EVI o de la UVAMI. Es decir, la fecha del siniestro será la fecha en la que el Equipo de Valoración de Incapacidades emita su Dictamen-Propuesta, sobre la base del cual se declare la IPA por el organismo competente.

Como excepción a dicha regla, establece la Sentencia que, cuando la enfermedad común diagnosticada muestre, en un momento anterior al dictamen del EVI o de la UVAMI, los síntomas que conllevan la incapacidad permanente, la fecha del siniestro puede retrotraerse a esa fecha anterior. Según la Sentencia, esta regla sería coherente con la Sentencia 60/2021, de 8 de febre-

ro. No obstante, tampoco esto parece correcto. La Sentencia 60/2021 retrotrajo la fecha del siniestro a un momento anterior a la declaración de la IPA por el organismo competente, en aplicación estricta de la literalidad de la póliza, que así lo permitía.

Es decir, contrariamente a lo mantenido por la Sentencia, no parece correcto establecer que las nuevas reglas acogidas en la Sentencia fueran las ya aplicadas por la jurisprudencia anterior en la materia. Por el contrario, de la lectura de las sentencias citadas, resulta con cierta claridad que el criterio seguido por la Sala Primera en anteriores casos había sido el de aplicar lo establecido en la póliza en cuanto a la determinación del riesgo cubierto y la fecha del siniestro. Las nuevas reglas dejan de lado este criterio.

En el caso resuelto por la Sentencia comentada, a pesar de que la póliza establece también de forma expresa que el riesgo cubierto es la invalidez permanente y que la fecha del siniestro es la de la decisión del órgano administrativo competente que determine el derecho al cobro de la pensión correspondiente, la Sentencia opta por una solución distinta.

Primero señala la Sentencia que, si se aplicara la regla general establecida, la fecha del siniestro sería, no la resultante de aplicar lo establecido en el clausulado de la póliza –la fecha de la declaración de la IPA–, sino la fecha anterior del dictamen del EVI. No obstante, a continuación considera la Sentencia que esa regla tampoco es la aplicable, y que la que debe aplicarse es la excepción a la regla, puesto que desde el primer momento en que se diagnosticó la enfermedad, ya se pudo determinar que la misma era permanente e irreversible.

Por tanto, la solución dada por la Sentencia, lejos de seguir la línea de la jurisprudencia anterior en la materia, parece distanciarse completamente de la misma y establecer dos nuevos criterios, separándose por completo de lo establecido en el clausulado de la póliza.

En segundo lugar, y en relación con esto último, la Sentencia termina diciendo, a efectos de desestimar los motivos primero y segundo del recurso de casación que, en cualquier caso la cláusula que establece la fecha del siniestro en la de la declaración de la IPA, no sería oponible al asegurado por ser una cláusula limitativa de derechos que no cumple con los requisitos del artículo 3 LCS.

Sorprende este pronunciamiento de la Sentencia cuando no parece que esta haya sido una cuestión discutida en instancia, ni uno de los motivos alegados en casación.

Pero, en cualquier caso, cabe preguntarse qué solución habría dado el Tribunal si la cláusula que establece como fecha del siniestro la de la declaración de la IPA, hubiera cumplido con los requisitos formales del artículo 3 LCS. ¿Podrían los Tribunales ignorar dicha cláusula y aplicar las reglas establecidas por la Sentencia? Parece que esa es la conclusión de la Sentencia, aunque lo cierto es que la misma termina recurriendo al artículo 3 LCS para terminar de fundamentar su decisión.

En tercer lugar, la Sentencia ha modificado otro de los puntos que estaban claros en la jurisprudencia anterior. Como señala la propia Sentencia citada en el

primer párrafo del Fundamento de Derecho Tercero, la jurisprudencia anterior había establecido que “*en el seguro de vida que incluye como cobertura complementaria la incapacidad o invalidez como consecuencia de enfermedad, el riesgo asegurado es la incapacidad o invalidez declarada mediante resolución administrativa o judicial y no la enfermedad que dio lugar a la misma, que solamente sería el hecho generador del riesgo*”. Esto, sin embargo, parece cambiar con la presente Sentencia.

En el momento en el que lo relevante no es la declaración de la IPA por el órgano administrativo competente (a pesar de lo establecido en el clausulado), y puede retrotraerse la fecha del siniestro a la fecha en la que las consecuencias de la enfermedad son permanentes, se está cambiando el riesgo cubierto. Ya no se cubre el riesgo de incapacidad o invalidez permanente declarada y que da derecho al cobro de una pensión, sino el padecimiento de la enfermedad causante de dicha incapacidad o invalidez permanente. Es probable que este cambio sea más acorde con la expectativa que puedan tener los asegurados respecto a cuál es el objeto natural de la cobertura del seguro, por lo que la solución no es criticable en ese aspecto. Sin embargo, no parece que el camino recorrido por la Sentencia para llegar hasta aquí sea el más adecuado desde un punto de vista jurídico.

Por el contrario, pareciera que la solución dada por la sentencia de instancia, que llega a la misma solución, es más coherente con la jurisprudencia anterior, pues partiendo del clausulado, hace una interpretación que si bien no es la que resulta estrictamente de la literalidad de la póliza, sí es la más adecuada para que la misma produzca efecto (artículo 1284 CC).

En cuarto lugar, no queda clara la necesidad de coordinar la jurisprudencia de la Sala Primera en esta materia con la de la Sala Cuarta. En principio, aunque en ambos casos existan puntos en común por tratarse de cantidades que mejoran las prestaciones de la Seguridad Social para incapacidades permanentes, en cada caso se trata de la aplicación de normas jurídicas distintas. En el caso de la Sala Primera, la jurisprudencia está resolviendo sobre la aplicación de reglas de derecho de seguros. En el caso de la Sala Cuarta, la jurisprudencia está resolviendo sobre la aplicación de reglas de derecho de la seguridad social, pues se trata de casos en los que se discute es el derecho al cobro de la mejora de la prestación acordada en un acuerdo colectivo. En estos casos, la coordinación con las normas del régimen de la Seguridad Social tiene sentido y es, incluso necesaria. En los casos sometidos a los tribunales civiles, en lo que se aplican reglas de derecho de seguros, completamente ajenas al derecho de la Seguridad Social, no parece indispensable.

5.4. *Estimación parcial del tercer motivo: consecuencias de la designación de beneficiarios en las pólizas de seguros de vida vinculadas a contratos de préstamo*

El tercer motivo está relacionado con el orden de prelación de los beneficiarios y el interés de estos en el cobro de la indemnización. El recurso se basa

en el hecho de que la sentencia de instancia ignoró el que el banco figuraba como primer beneficiario en la póliza, y condenó al pago del total de la indemnización al segundo beneficiario, que era el mismo asegurado.

Según se desprende de la Sentencia, la sentencia de instancia no niega que el banco constara como primer beneficiario de la póliza, ni tampoco niega el derecho de crédito del beneficiario en un seguro de personas. Por el contrario, el pronunciamiento en primera instancia no se pronuncia al respecto porque en la demanda sólo se había solicitado el reconocimiento del derecho del segundo beneficiario.

Como es lógico, la Sentencia comentada reconoce que ignorar el derecho de crédito del primer beneficiario es contrario a las normas legales sobre el orden de llamamiento en caso de pluralidad de beneficiarios, y la jurisprudencia sobre reparto de la indemnización en casos de seguros de vida asociados a préstamos hipotecarios en los que figura como beneficiario la entidad financiera.

A continuación, resume la Sala la jurisprudencia al respecto, citando las Sentencias 669/2014, de 2 de diciembre, la 222/2017, de 5 abril, y la 37/2019, de 21 de enero, en las que la Sala Primera estableció que los herederos del asegurado en un seguro de vida en los que figure como primera beneficiaria una entidad financiera podrán reclamar la indemnización a la aseguradora, pero ésta deberá en primer lugar entregar a la entidad bancaria beneficiaria el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro, para después entregar el remanente a los herederos del asegurado.

El motivo es que, como explica la Sentencia, este tipo de seguros responden a un interés compartido por el asegurado y la entidad bancaria prestamista: el del primero, quedar liberado de su obligación de devolver el préstamo si se produce el siniestro; el de la segunda, garantizarse la devolución del préstamo en caso de imposibilidad por muerte o invalidez del prestatario.

Por ello, concluye la Sentencia que, en el caso concreto, el motivo debe estimarse parcialmente para completar el fallo de la sentencia de primera instancia para indicar que, con cargo a la suma asegurada, deberá entregarse, en primer lugar, el saldo pendiente de amortización del préstamo a la entidad bancaria beneficiaria, y el remanente al asegurado.

5.5. Comentario de las razones dadas por el Tribunal Supremo para estimar parcialmente el tercer motivo

La decisión de la Sala en relación con este tercer motivo es absolutamente correcta, pues responde, como dice, al interés que cada parte (entidad bancaria y asegurado) tienen en el seguro.

Nada se dice en la Sentencia respecto a si la póliza establecía expresamente una regla para la distribución de la indemnización. En caso de que no fuera así, conforme al artículo 86 LCS, la distribución debería hacerse por partes iguales entre los distintos beneficiarios. Sin embargo, esta regla no responde

al fin último de estos seguros de vida e invalidez vinculados a préstamos hipotecarios. Como bien explica la Sentencia, en estos casos el interés de la entidad bancaria viene determinado en relación con las cantidades pendientes de amortización del préstamo.

La LCS no regula, al menos de forma expresa, el interés asegurado en los seguros de personas, y nada se dice sobre la existencia de un interés asegurado de los beneficiarios de seguros de vida. Sin embargo, no cabe duda de que también los beneficiarios, al menos en determinadas circunstancias, tienen un interés asegurado claro. Qué duda cabe que en los casos en los que el seguro de vida está vinculado a un préstamo hipotecario y la entidad bancaria prestamista figura como beneficiaria del seguro, el interés de ésta está ligado al importe del préstamo pendiente de reembolso. A medida que el importe pendiente de reembolso disminuya, menor será el interés (tan es así que es habitual que el valor asegurado se ajuste año a año en función de dicho importe pendiente de reembolso).

Siendo esto así, tiene todo el sentido la regla jurisprudencial que resume a la perfección la Sentencia comentada. Antes que al asegurado o a sus herederos, la aseguradora deberá pagar la indemnización a la entidad bancaria beneficiaria, pero únicamente hasta el límite de su interés; es decir, hasta el total del importe del préstamo pendiente de reembolso. Una vez cubierto ese límite, la entidad bancaria dejará de tener interés asegurado. Cualquier importe que la entidad bancaria cobre por encima de ese límite supondrá un enriquecimiento injusto por su parte.

5.6. *Conclusión*

La Sentencia comentada se pronuncia sobre dos cuestiones de interés relacionadas con los seguros de vida e invalidez vinculados a contratos de préstamos hipotecarios. La primera, la fecha del siniestro en caso de invalidez permanente como consecuencia de una enfermedad común; la segunda, la prevalencia en el cobro de la indemnización por parte de la entidad bancaria que figura como beneficiaria en este tipo de seguros, y el límite del interés de dicha entidad beneficiaria.

Es en relación con la primera cuestión que la Sentencia introduce una doctrina novedosa, al incorporar las reglas establecidas por la jurisprudencia de la Sala de lo Social al tratar el devengo del complemento de la pensión de invalidez establecido en algunos convenios colectivos. Las reglas incorporadas por la Sentencia buscan superar las situaciones injustas que se pueden generar cuando el hecho causante de la invalidez (la enfermedad común) es detectada durante la vigencia de la póliza, y sin embargo el siniestro (la declaración de invalidez formal) no tiene lugar hasta un momento posterior, cuando la póliza ya no estaba en vigor.

La Sentencia intenta superar esta rigidez estableciendo una regla general, según la cual, la fecha del siniestro es la del dictamen del equipo médico que

recomienda la declaración de invalidez (anterior a la declaración formal de la invalidez por parte del órgano competente del Instituto Nacional de la Seguridad Social). Esta regla general, sin embargo, admite una excepción que permite retrotraer esa fecha al momento en el que se detecta por primera vez que las consecuencias de la enfermedad son irreparables e irreversibles.

Si bien la solución a la que llega la Sentencia es correcta porque responde mejor a lo que el asegurado, de forma natural, espera cuando contrata este tipo de seguros, el camino recorrido por la Sentencia para llegar aquí es criticable.

Contrariamente a lo que explica la Sentencia, no parece que esta solución sea coherente con la jurisprudencia anterior. Más bien parece contradictoria con la misma. Es más, podría concluirse que la solución dada por la Sentencia supone una modificación del riesgo cubierto por este tipo de pólizas: el riesgo cubierto ya no es la declaración de una invalidez permanente del asegurado. Lo que ahora queda cubierto es lo que antes era el simple hecho causante: la enfermedad causante de la invalidez.

Como decimos, parece una solución justa, pero dado que no es necesariamente coherente con la jurisprudencia anterior y con el clausulado de la póliza, no necesariamente resuelve la litigiosidad en torno a esta cuestión.

En cuanto a la segunda cuestión, la Sentencia recoge la jurisprudencia ya existente sobre el interés de las entidades bancarias que figuran como beneficiarias en seguros de vida e invalidez vinculados a préstamos hipotecarios. Con mucho acierto, esta jurisprudencia reconoce el derecho de dichas entidades a cobrar la indemnización en primer lugar, pero únicamente hasta el límite de su interés en el seguro, es decir, hasta que ven reembolsado el préstamo. Una vez cubierto ese importe, es el asegurado o sus herederos quienes deben recibir el importe restante.

6. Bibliografía

VEIGA COPO, Tratado del contrato de seguro, Civitas, 2021.

VEIGA COPO, El interés en el contrato de seguro. Ensayo dogmático sobre el interés, Civitas, 2018.