

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-**TRIBUNAL SUPREMO**

Sentencia 67/2019, de 29 de enero de 2019

Sala de lo Social

Rec. n.º 3326/2016

SUMARIO:

Mejoras voluntarias de la Seguridad Social. Indemnización establecida en convenio colectivo en caso de incapacidad permanente derivada de accidente. *Determinación de la entidad responsable del pago cuando la primera póliza de seguros suscrita por la empresa no referencia su cobertura a la fecha del accidente, sino al momento en que se dicta la resolución administrativa o judicial que reconoce la incapacidad, señalando la segunda póliza (suscrita años después, una vez rescindida la primera póliza), que la cobertura queda condicionada al hecho de que la incapacidad permanente lo sea como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura. Trabajador que sufre un accidente estando vigente la póliza con la primera de las aseguradoras, mientras que la declaración de incapacidad permanente tiene lugar bajo la vigencia de la segunda. Cuando en las pólizas mencionadas se regula de manera clara y sin dejar duda sobre la intención de los contratantes una mejora voluntaria como la señalada, determinándose de manera específica el momento en que se tiene por establecida la cobertura o en el que ha de determinarse el régimen aplicable, tal regulación tiene que prevalecer en la medida en que no se oponga a una norma de superior rango. Y a tal solución ha de estarse, pues, aunque pudiera considerarse inconveniente de acuerdo con criterios técnicos de protección (como ocurre con la primera póliza), lo cierto es que esta es la regla que han establecido las partes, y tal opción no vulnera ninguna norma imperativa, no es contraria a la moral y tampoco se opone al orden público, si por él entendemos, como hace la doctrina científica, el constituido por los principios básicos y fundamentales de la organización de la comunidad; ni tampoco supone, en general, la infracción de alguno de los otros límites de la autonomía de la voluntad a que se refiere el artículo 1255 del Código Civil, especialmente teniendo en cuenta que se trata además de una materia esencialmente disponible como la relativa a las mejoras voluntarias. En el caso analizado, se declara la responsabilidad directa de la propia empresa (debiendo abonar 36.554,53 euros), ya que el efecto combinado de cada una de las pólizas deja fuera de cobertura el supuesto del trabajador demandante, en tanto que en sus condiciones particulares se ha pactado de forma expresa, clara e indubitada que la cobertura del aseguramiento lo es para las situaciones en las que la declaración de incapacidad permanente se produce durante la vigencia del contrato de seguro. Sala General. **Voto particular.***

PRECEPTOS:

Código Civil, art. 1.281.

Resolución de 28 de enero de 2011 (Convenio Colectivo estatal de las Empresas de Seguridad), art. 60.

Ley 50/1980 (Contrato de seguro), arts. 3, 14, 18 y 100.

PONENTE:

Don Sebastián Moralo Gallego.

SENTENCIA

Excmos. Sres. y Excmas. Sras.

D. Jesus Gullon Rodriguez, presidente

D. Fernando Salinas Molina

D^a. María Milagros Calvo Ibarlucea

D^a. María Luisa Segoviano Astaburuaga

D. Jose Manuel Lopez Garcia de la Serrana
D^a. Rosa María Virolés Piñol
D^a. Maria Lourdes Arastey Sahun
D. Miguel Angel Luelmo Millan
D. Antonio V. Sempere Navarro
D. Angel Blasco Pellicer
D. Sebastian Moralo Gallego
D^a. Maria Luz Garcia Paredes
D^a. Concepcion Rosario Ureste Garcia

En Madrid, a 29 de enero de 2019.

Esta Sala ha visto el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por Securitas Seguridad España, S.A., representada y asistida por el letrado D. Gabriel Vázquez Durán, contra la sentencia dictada el 25 de abril de 2016, aclarada por auto de fecha 23 de junio de 2016, por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en el recurso de suplicación núm. 652/2015, que resolvió el formulado contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 2 de Madrid, de fecha 20 de abril de 2015, recaída en autos núm. 337/2014, seguidos a instancia de D. Leoncio contra Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros y Securitas Seguridad España, S.A., en materia de reclamación de cantidad.

Han sido partes recurridas VidaCaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por el letrado D. Miguel Ángel Ormaeche Trabudua; Previsora General Mutualidad de Previsión Social, representada por el letrado D. Javier Montero García-Noblejas; y D. Leoncio, representado y defendido por el letrado D. Maximino Díaz Salto.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Sebastian Moralo Gallego.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

Con fecha 20 de abril de 2015 el Juzgado de lo Social nº 2 de Madrid dictó sentencia, en la que se declararon probados los siguientes hechos:

1º.- Damos por reproducida la póliza suscrita con fecha 1 enero 1997 entre la empresa de seguridad demandada y Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija -en adelante, Previsora General- (documento número 7 de la empresa de seguridad).

2º.- Damos por reproducida la póliza suscrita con fecha 8 enero 1999 entre la empresa de seguridad demandada y Previsora General (documento número 1 de Previsora General).

3º.- Se emitieron posteriormente documentos suplementarios de actualización de dicha póliza, concretamente para el año 2008 (documento número 2 de Previsora General) y para el año 2009 (documento número 8 de la empresa de seguridad).

4º.- El demandante sufrió accidente de trabajo, cuando prestaba servicios por cuenta de la empresa de seguridad demandada, el día 12 octubre 2008 (folio 18).

5º.- Mediante comunicación de 7 octubre 2009 se participó por la empresa de seguridad a Previsora General que se procedía a rescindir la póliza de seguro, por lo que dicha entidad aseguradora debería abstenerse de considerar tácitamente prorrogada dicha póliza en la fecha de su próximo vencimiento -31 diciembre 2009- (documento número 3 de Previsora General).

6º.- Damos por reproducida la póliza de contrato de seguro de grupo de accidentes suscrito entre la empresa de seguridad y Vidacaixa SA de Seguros y Reaseguros (en adelante, Vidacaixa) el 8 enero 2010 -folios 61 a 80-.

7º.- Damos por reproducida la comunicación de 28 mayo 2010 dirigida por la empresa de seguridad a Previsora General denegando hacerse cargo de determinados siniestros por cuanto que la fecha de declaración de la situación de incapacidad se produjo con posterioridad a la rescisión de la póliza (documento número 10 de la empresa de seguridad).

8º.- Por resolución de la Dirección Provincial del INSS en Madrid con registro de salida del 26 abril 2012 se declaró al actor en situación de incapacidad permanente total derivada de enfermedad común para su profesión habitual, con derecho a una prestación del 55% de su base reguladora mensual de 799,20 €, con efectos económicos del 15 marzo 2012 (folio 19).

9º. - Damos por reproducida la sentencia dictada por el juzgado de lo social número 23 de Madrid en procedimiento 668/2012, por la que se declaró que las bajas por incapacidad temporal del demandante entre 6 julio 2010 y 15 marzo 2012 derivan de accidente laboral, condenando a las allí demandadas a estar y pasar por tal declaración y la mutua Universal Mugenat a abonar, por sustitución de la responsabilidad civil de la empleadora, el subsidio causado conforme a la base reguladora mensual de 1.435,50 €, sin perjuicio de la compensación del subsidio percibido por el actor con cargo a contingencias comunes (folios 28 a 32).

10º.- Damos por reproducida la sentencia dictada por el juzgado de lo social número 17 de Madrid de fecha 14 junio 2013 , recaída en procedimiento 1131/2012, y aclarada por auto de 14 junio 2013, por la que se declaró que la incapacidad permanente total para la profesión habitual de Vigilante de seguridad reconocida al demandante es por la contingencia de accidente de trabajo por lo que la base reguladora es de 1.398,62 €, condenándose a las allí demandadas a estar y pasar por tal declaración, así como a la mutua Universal Mugenat al abono de la prestación reconocida (folios 21 a 27).

11º.- El 17 octubre 2013 el actor presentó escrito ante la empresa de seguridad que había sido su empleadora solicitando la prestación que le correspondía por el seguro colectivo de accidentes acordado en el artículo 61 del convenio colectivo estatal de empresas de seguridad (folio 33).

12º. - Mediante comunicación de 9 enero 2014 Previsora General participó al actor que no se haría cargo de la indemnización puesto que, en la fecha de declaración de su incapacidad, la póliza suscrita por la empresa de seguridad había sido rescindida a solicitud de dicha empresa (folio 36).

13º.- Por el demandante se intentó la conciliación previa ante el Servicio de Mediación, Arbitraje y Conciliación, sin avenencia (folio 40).

14º. - La demanda iniciadora de estas actuaciones se presentó el día 18 marzo 2014, solicitándose en su "suplico" que se declare el derecho del actor a percibir el capital asegurado por incapacidad permanente total derivada de accidente establecido en el convenio colectivo estatal de las empresas de seguridad para los años 2005-2008, condenando a las demandadas a abonarle solidariamente 36.554,53 € así como los intereses moratorios".

En dicha sentencia consta el siguiente fallo: "Que, estimando en la forma que se dirá la demanda formulada por D. Leoncio , condeno a "Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija" a abonar al actor, por el concepto de su demanda, la cantidad de 36.554,53 euros. Dicha cantidad se incrementará con el interés establecido en el art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro ("un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100"; "no obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100"), devengándose tal interés moratorio desde la fecha de esta sentencia. Se absuelve de responsabilidad, en relación con la pretensión deducida en estas actuaciones, a Securitas Seguridad España SA y Vidacaixa S.A. de Seguros y Reaseguros".

Segundo.

La citada sentencia fue recurrida en suplicación por Previsión General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, la cual dictó sentencia en fecha 25 de abril de 2016 , en la que se suprime el hecho probado 1º.

En la precitada sentencia aparece la siguiente parte dispositiva: "Que, estimando el recurso planteado por la representación letrada de PREVISORA GENERAL MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº 2 de Madrid, de 20 de abril de 2015 , debemos revocar y revocamos parcialmente la sentencia de instancia, en el sentido de condenar a la empresa SEGURITAS SEGURIDAD ESPAÑA S.A. al pago de la cantidad que indica el fallo de la sentencia recurrida, absolviendo a las Aseguradoras codemandadas de los pedimentos formulados en demanda. Dese el destino legal a los depósitos y consignaciones efectuados una vez sea firme la presente resolución".

Por auto de fecha 23 de junio de 2016, la sala de suplicación acordó aclarar la anterior sentencia, quedando el fallo redactado en los siguientes términos: "Que, estimando el recurso planteado por la representación letrada de

PREVISORA GENERAL MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, contra la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº 2 de Madrid, de 20 de abril de 2015 , debemos revocar y revocamos la sentencia de instancia, en el sentido de condenar a la empresa SEGURITAS SEGURIDAD ESPAÑA S.A. al pago de la cantidad que indica el fallo de la sentencia recurrida, absolviendo a las Aseguradoras codemandadas de los pedimentos formulados en demanda. No ha lugar a la condena del interés previsto en la Ley del Contrato de Seguro, condenando a la empresa al abono de los intereses previstos en el artículo 1108 del Código Civil . Dese el destino legal a los depósitos y consignaciones efectuados una vez sea firme la presente resolución".

Tercero.

Por la representación procesal Securitas Seguridad España, S.A. se formalizó el presente recurso de casación para la unificación de doctrina. Se invoca como sentencia contradictoria con la recurrida la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en fecha 13 de marzo de 2014 (RSU 637/2013). El recurso se fundamenta en un único motivo: por la infracción de lo preceptuado en el artículo 60 del Convenio Colectivo Estatal de las empresas de seguridad privada, así como de los artículos 1281 y siguientes del Código Civil , y los artículos 3 , 14 , 18 y 100 de la Ley 50/1980 de contrato de seguro, y de la jurisprudencia emanada por la Sala de lo Social del Tribunal en cuanto a los mismos.

Cuarto.

Admitido a trámite el presente recurso, se dio traslado del escrito de interposición y de los autos a las representaciones procesales de las partes recurridas para que formalicen su impugnación en el plazo de quince días. Evacuado el traslado de impugnación, se pasaron las actuaciones al Ministerio Fiscal, que emitió informe en el sentido de considerar que el recurso debe ser declarado improcedente.

Quinto.

Instruido el Excmo. Sr. Magistrado Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 24 de octubre de 2018. Por providencia de la misma fecha, se acordó suspender el señalamiento anterior y, dadas las características de la cuestión jurídica planteada y la trascendencia del asunto, se acordó que la deliberación y fallo del mismo se hiciera por el Pleno de la Sala, señalándose el día 16 de enero de 2019.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

1.- El objeto del proceso . La cuestión a resolver en el presente recurso de casación unificadora, es la de determinar quién ha de asumir el pago de la indemnización establecida en el convenio colectivo como mejora voluntaria de las prestaciones de seguridad social para el caso de declaración de incapacidad permanente derivada de accidente, que la empresa demandada ha asegurado mediante la concertación de una póliza de seguros con una primera aseguradora y posteriormente con una segunda entidad.

En un supuesto en el que el accidente se produce en el periodo temporal durante el que estuvo vigente la primera de tales pólizas, pero la declaración de incapacidad permanente tiene lugar cuando ya había terminado su cobertura y estaba en vigor la póliza suscrita con la segunda aseguradora, siendo que en cada una de ellas se dispone de una regulación específica a tal respecto.

2. - La sentencia del juzgado de lo social estima la demanda y reconoce el derecho del trabajador a percibir la indemnización prevista en el convenio colectivo y condena a su abono a la primera de las aseguradoras cuya póliza estaba en vigor en la fecha del accidente.

La sentencia de la Sala de lo Social del TSJ de Madrid de 25 de abril de 2016, rec. 652/2015 , acoge el recurso de suplicación formulado por la aseguradora condenada en instancia y revoca en ese extremo la sentencia por entender que la única responsable del pago de la indemnización es la propia empresa codemandada, ya que

ninguna de las dos pólizas de seguro concertadas sucesivamente contemplaba la cobertura de ese riesgo en función de lo estipulado en cada una de ellas respecto a la fecha a tener en cuenta a tal efecto.

Recurre en casación la empresa que solicita la condena de la primera de las aseguradas y consecuente confirmación de la sentencia de instancia.

El recurso denuncia infracción del art. 60 del Convenio Colectivo Estatal de Empresas de Seguridad Privada, así como de los arts. 1281 y siguientes del Código Civil; arts. 3, 14, 18 y 100 de la Ley 50/1980, de contrato de seguros y de la doctrina jurisprudencial que invoca.

Hace valer de contraste la sentencia de la Sala Social del TSJ de Madrid de 13 de marzo de 2014, rec. 637/2013, que conoce de un asunto relativo a otro trabajador de la misma empresa y que igualmente afecta a las dos mismas pólizas concertadas con las entidades aseguradoras que son parte en este procedimiento.

3.- La única aseguradora codemandada que impugna el recurso viene en aceptar la existencia de contradicción. El Ministerio Fiscal así lo afirma igualmente, y solicita la desestimación del recurso al considerar que debe prevalecer lo pactado en el contrato de seguros que no deja lugar a dudas sobre la verdadera voluntad de las partes.

Segundo.

1.- Análisis de la contradicción. Debemos resolver en primer lugar si entre la sentencia recurrida y la referencial hay contradicción en los términos exigidos por el art. 219.1º LRJS, que en mérito a hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales, se hubiere llegado a pronunciamientos distintos que sea necesario unificar.

Cuestión que, como bien sostiene el Ministerio Fiscal, merece sin duda una respuesta afirmativa, puesto que ambas sentencias afectan a sendos trabajadores de la misma empresa y se trata de interpretar las dos pólizas de seguro colectivo suscritas por la empleadora a fin de asegurar el cumplimiento de lo previsto en el Convenio Colectivo Estatal de Seguridad Privada.

Siendo igualmente coincidente la situación jurídica de los trabajadores que se presenta en los supuestos en comparación, caracterizada por la circunstancia de que el accidente se produjo cuando estaba vigente la póliza con la primera de las aseguradoras mientras que la declaración de incapacidad permanente tuvo lugar bajo la vigencia de la segunda.

2.- Ante idéntica situación fáctica y jurídica la sentencia recurrida ha entendido que corresponde exclusivamente a la empresa la responsabilidad en el pago de la indemnización, porque ambas pólizas de seguro contienen disposiciones que excluyen la cobertura de ese riesgo en razón de las fechas en las que se produjo el accidente y se dictó la ulterior resolución declarando al trabajador en incapacidad permanente, mientras que la referencial considera que es imputable a la aseguradora cuya póliza estaba vigente en la fecha del accidente, por ser este el momento en el que se produce el hecho causante que desencadena finalmente el reconocimiento de la prestación de incapacidad permanente.

Nos encontramos de esta forma ante pronunciamientos contradictorios que es necesario unificar.

Tercero.

1. - Las circunstancias del caso. Los hechos relevantes para la resolución del recurso son como siguen:

A) Ya hemos avanzado que el Convenio Colectivo Estatal de las Empresas de Seguridad Privada impone a las empresas del sector la obligación de formalizar una póliza colectiva de seguros para cubrir el pago al trabajador de una determinada indemnización en el caso de incapacidad permanente derivada de accidente.

En el Convenio Colectivo de los años 1997-2001, se decía en su art. 62: "Las empresas afectadas por este Convenio Colectivo suscribirán pólizas de seguro colectivo a favor de todos y cada uno de sus trabajadores por un capital de 4.400.000 pesetas por muerte y 5.637.500 pesetas por incapacidad permanente total, ambas derivadas de accidentes, sea o no laboral, excepto los producidos en competiciones deportivas oficiales de vehículo de motor. Su efecto cubrirá las veinticuatro horas del día y durante todo el año".

Esta obligación se ha mantenido en los mismos términos en los sucesivos convenios colectivos, que han añadido como riesgo que debían asegurar las empresas la declaración de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez, y han actualizado además el importe de las correspondientes indemnizaciones.

En el vigente para los años 2009-2012, la dicción literal de su art. 60, es como sigue: "Seguro colectivo de accidentes. Las Empresas afectadas por este Convenio Colectivo suscribirán pólizas de seguro colectivo a favor de todos y cada uno de sus trabajadores para los años 2009 y 2010 por un capital de 28.700,94 € por muerte y de 36.554,33 euros por incapacidad permanente total, absoluta y gran invalidez, derivadas de accidentes sea o no laboral, excepto los producidos en competiciones deportivas oficiales de vehículo de motor. Su efecto cubrirá las veinticuatro horas del día y durante todo el año. Durante el año 2011, los capitales asegurados por muerte ascenderán a 28.987,95 euros por muerte y de 36.919,87 euros por incapacidad permanente total, absoluta y gran invalidez. Durante el año 2012 las cuantías se incrementarán en el IPC real del año 2011 más la diferencia entre el IPC real del 2010 y el 1%. Los capitales entrarán en vigor a partir del día de la firma del presente Convenio Colectivo. Los representantes de los trabajadores podrán solicitar de sus empresas una copia de la póliza antes citada, a los efectos de conocer los riesgos cubiertos y la cuantía de la misma".

B) En cumplimiento de esa previsión convencional, la empresa demandada suscribió en fecha 1 de enero de 1997 una póliza de aseguramiento con la entidad Previsora General, que se mantuvo vigente hasta 31 de diciembre de 2009.

El 8 de enero de 1999 la aseguradora y la empresa firman unas condiciones particulares en las que se establece lo siguiente: "1º) "Se entienden incluidos en esta cobertura aquellos trabajadores que, habiendo agotado el periodo máximo de la situación de incapacidad temporal, y no figurando- por tanto- en los boletines de cotización a la Seguridad Social de la empresa, se encuentren a la espera de que se produzca la pertinente declaración sobre su situación de invalidez permanente, y ésta tenga lugar durante la vigencia de la cobertura"; 2º) "Se hace constar expresamente que, a efectos de esta cobertura, la fecha de la declaración de la invalidez, será la que se indique por parte de los órganos administrativos o judiciales competentes, en la Resolución firme que se produzca en relación con dicha situación de invalidez"; y en su punto 3, que "Previsora General asume la responsabilidad de las prestaciones complementarias de invalidez permanente cuya declaración se produzca durante el periodo de vigencia de esta póliza".

En enero de 2008 firman un documento suplementario para incluir el suicidio dentro de la cobertura de la póliza de seguros, y en el año 2009 se añade al suicidio el infarto de miocardio.

C) La empresa rescinde posteriormente aquella primera póliza, y en fecha 8 de enero de 2010 suscribe una nueva póliza con la entidad Vidacaixa, S.A., en cuyas condiciones generales se dispone "que su cobertura quedaba condicionada al hecho de que la incapacidad permanente lo fuere "como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura y siempre que se pruebe que tal incapacidad es consecuencia del mismo".

D) El accidente del que trae causa el litigio tuvo lugar el 12 de octubre de 2008.

En fecha 26 de abril de 2012, se dicta la resolución del INSS que declara al actor en situación de incapacidad permanente total derivada de enfermedad común.

Tras demanda del trabajador, la sentencia del Juzgado Social 17 de Madrid de 14 de junio de 2013 declara que la incapacidad permanente total es derivada de accidente de trabajo.

2. - En esas circunstancias y a la vista del redactado de una y otra póliza, la sentencia recurrida considera que ha de estarse a lo previsto en cada una de ellas al resultar indubitada su dicción literal, de tal forma que la concertada con Previsora General solo incluye la cobertura del riesgo derivado de la incapacidad permanente cuya declaración se produzca durante el periodo de vigencia de la póliza, mientras que la contratada con Vidacaixa S.A se aplicaría exclusivamente a los accidentes producidos durante el periodo de su cobertura que sean causa de la incapacidad permanente.

Tras lo que razona que tanto una como otra excluyen de su cobertura el supuesto de autos, puesto que la declaración de incapacidad tuvo lugar varios años después de la rescisión de la póliza con Previsora General, mientras que el accidente se produjo con mucha anterioridad a la entrada en vigor de la póliza con Vidacaixa, S.A, lo que determina que el efecto combinado de cada una de ellas deje fuera de sus respectivas coberturas el supuesto del trabajador demandante.

En sentido contrario, la sentencia referencial se atiene al concepto de hecho causante aplicable en materia de prestaciones de Seguridad Social, para concluir que la fecha que determina la responsabilidad debe situarse en

el momento en el que se produjo el accidente en el que tiene su origen la incapacidad permanente, sin reconocer la eficacia de lo pactado en sentido contrario en las condiciones particulares de la póliza, porque no puede admitirse "una fórmula que restrinja la razón y la finalidad de lo concertado entre asegurador y tomador del seguro en beneficio del primero y con alcance a los beneficiarios, utilizada por quien cubre los riesgos, eludiendo el pago cuando éstos se actualizan o no incluyendo a quienes estén a la espera de una posible declaración incapacitante, pueda desviar su responsabilidad hacia quien respectó el convenio".

Razonamiento que le lleva a imputar a la primera aseguradora la obligación de hacer frente a la indemnización.

Cuarto.

1. - Doctrina de la Sala en materia de interpretación de las pólizas de seguro. Ya ha tenido ocasión esta Sala IV de pronunciarse reiteradamente en supuestos como el presente, en los que se suscita la cuestión de establecer el alcance y la correcta interpretación de las pólizas de seguros de responsabilidad civil que suscriben las empresas para cumplir con las obligaciones que les imponen los convenios colectivos como mejora voluntaria de las prestaciones de seguridad social.

La problemática que hemos debido afrontar puede resumirse brevemente en cuatro aspectos principales:

1º) La situación que se genera cuando la empresa no ha concertado ninguna póliza de seguros para cubrir con tales obligaciones; 2º) Qué sucede cuando lo pactado en la póliza no contempla la cobertura de todos los riesgos previstos en el Convenio Colectivo; 3º) Cuál ha de ser la interrelación entre la normativa legal que regula las prestaciones de seguridad social y lo que pueda pactarse en sentido diferente en las pólizas de aseguramiento suscritas por la empresa; 4º) La interpretación de la propia póliza de seguros desde la perspectiva de la aplicación de la normas generales sobre interpretación de los contratos y las reglas legales aplicables al contrato de seguro.

2º) La doctrina de la Sala que da respuesta a todas estas cuestiones podemos resumirla de la siguiente forma:

A) Es frecuente el litigio en el que la póliza de aseguramiento contratada por la empresa no cubre la totalidad de las obligaciones que le impone el convenio colectivo, o bien incluso, que la empresa ni tan siquiera ha llegado a concertar el seguro.

Hemos dicho a tal respecto, que ese tipo de mandatos de los convenios colectivos que imponen la obligación de su aseguramiento no impide que las empresas puedan formalizar con la compañía aseguradora un contrato que dispense menor o distinta protección de la pactada en el convenio - en uso de la libertad contractual que le reconoce el artículo 1.255 del Código Civil -, sin perjuicio de que en tal caso sea la propia empresa directamente la que deba responder ante sus trabajadores (SSTS 16/9/2010, rcud.3105/2009 ; y las que en ella se citan de 10/6/2009, rcud. 3133/2008 ; 31/1/2006, rcud. 4617/2004); 13/5/2004, rcud. 2070/2003), "de tal forma que la empresa no puede pretender que "se amplíen los términos del contrato de seguro pactado para dar cobertura, en contra de lo previsto en el artículo 1283 del Código Civil , a una contingencia que no quiso asegurar", puesto que lo contrario supondría " romper el sinalagma contractual sin causa justificativa alguna, pues, en expresión de la sentencia de 19 de enero de 1987 , "la obligación de pagar la indemnización o capital convenido es la contraprestación a cargo de la aseguradora que se corresponde con el pago de la prima convenida que ha de satisfacer el asegurado, calculada actuarialmente para que haya la necesaria proporcionalidad entre este pago, de tracto sucesivo y aquel abono, en un solo acto cuando se dé realmente el riesgo cuyo acaecimiento se asegure".

Queremos decir con ello, que una cosa es el alcance de la obligación que el convenio colectivo impone a la empresa y el deber jurídico que genera entre los trabajadores y su empleadora - que legitima a los primeros para exigirle el cumplimiento de esa prestación en los términos y con los efectos dispuestos en el convenio-, y otra muy distinta, el modo y manera en el que la empresa da cumplimiento a ese mandato a la hora de pactar el contenido y extensión de la cobertura que contrata con la compañía aseguradora, en razón de la que se calcula la cuantía de la prima que haya de abonar a la misma.

B) En otras ocasiones el problema resulta de la correcta interpretación que haya de hacerse de las pólizas de seguro concertadas por la empresa, cuando su redacción ofrece dudas de su alcance y contenido, o bien dispone

de una específica regulación que no resulta coincidente con la normativa de seguridad social relativa a la misma materia que es objeto de aseguramiento

La doctrina a tal respecto la refleja perfectamente la STS 13/5/2004, rcud. 2070/2003 : "Cuestión distinta es la interpretación que deba hacerse de los términos del contrato de seguro. Si estos no son claros, no podrán perjudicar a la empresa que pacta para cumplir el mandato del Convenio Colectivo pues, como recordó la sentencia de 24-9-02 (rec. 2750/1991) "la equivocidad y oscuridad de una cláusula contractual en un contrato de adhesión, como suele ser el contrato de seguro, no debe beneficiar a la Entidad aseguradora (a la que es exigible claridad y precisión en sus formularios o impresos) sino al asegurado (Sentencias de 12 de marzo y 19 de mayo de 1986 ; con cita de doctrina de la Sala Primera, recogida entre otras en la Sentencia de 12 de mayo de 1983)". En ese sentido resolvió esta Sala en las sentencias de la década de los 80 que cita la referencial, porque se trataba de casos de oscuridad en las cláusulas contractuales".

Tras lo que concluimos afirmando categóricamente en esa misma sentencia, que "esa doctrina no es en modo alguno aplicable... a casos en que los términos de los contratos de seguro son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, ya que entonces habrá que estar al sentido literal de sus cláusulas, siguiendo el primer canon de interpretación del art. 1281 del Código Civil "

En ese mismo sentido se pronuncia la STS 24/11/2009, rcud. 1145/2008 , citando las de 10/7/1995 ; 22/7/2002 (Rec. 1276/01) , 15 marzo 2002 (Rec. 4633/00) y 24 septiembre 2002 (Rec. 3436/01). En ella decimos, que "cuando se trata de seguros de grupo las definiciones de los riesgos y contingencias objeto de cobertura deben ser las precisadas en la póliza de seguro y sólo en caso de silencio u oscuridad de la póliza puede acudir al concepto que de esos riesgos dan las normas de la Seguridad Social, pues, sobre todo, para interpretar la póliza debe estarse a la intención de las partes contratantes, lo que obliga a estar a la literalidad de la póliza cuando es fiel reflejo de la intención de quienes suscribieron el contrato de seguro".

De esta doctrina se desprende que cuando la póliza de seguros no ofrece duda alguna de su contenido, ha de estarse necesariamente a lo pactado en la específica definición de los riesgos y contingencias que son objeto de cobertura, sin que pueda acudir al diferente tratamiento que pudiese resultar de la normativa de seguridad social.

C) Debemos detenernos en la STS 28/4/2004, rcud. 2346/2003 , y las que en ella se citan, por su gran similitud con la cuestión que se suscita en el presente recurso, y porque afectan a una materia tan relevante como es la específica regulación de la póliza de seguros a la hora de fijar el hecho causante del que deriva la responsabilidad de la aseguradora, distinta y diferente a la que resulta de la normativa de seguridad social en casos de accidente.

Resuelven un asunto en el que la póliza de seguros contratada por la empresa, establece como hecho causante que genera la responsabilidad de la aseguradora la fecha en la que se dicta la resolución administrativa o judicial que reconoce la prestación, que no el momento del accidente del que trae causa el posterior reconocimiento de tal situación, en sentido manifiestamente contrario a lo que resultaría de la aplicación de la normativa general de seguridad social.

Con cita de nuestras anteriores sentencias de 20 noviembre 2003 (Recurso 3238/2003) y 19 de enero de 2004 (Recurso 2807/2002) recordamos en primer lugar la regla general de seguridad social en esta materia: "el momento relevante en orden al establecimiento de la cobertura de los accidentes de trabajo es aquel en que se produce el accidente y no el momento en que tiene lugar el reconocimiento administrativo o judicial de la situación protegida o el tránsito de una situación protegida a otra en aquellos supuestos en que de la misma contingencia determinante pueden derivar varias situaciones de este carácter, como sucede con el paso de la incapacidad temporal a la permanente".

Pero seguidamente decimos, que "esta doctrina se ha establecido bien interpretando normas de la Seguridad Social, como ocurrió en el caso del reaseguro, o en pleitos sobre mejoras voluntarias que no tenían una regulación específica en este punto. Pero, cuando se trata de una mejora voluntaria que contiene una regulación específica en orden a fijar el momento en que se tiene por establecida la cobertura o en el que ha de determinarse el régimen aplicable, tal regulación tiene que prevalecer en la medida en que no se oponga a una norma de superior rango y en el presente caso la cláusula contenida en las dos pólizas no ofrece la menor duda sobre cuál ha sido la voluntad de las partes en orden a establecer la cobertura en el momento del reconocimiento administrativo o judicial de la situación protegida con exclusión del de la actualización de la contingencia. Y a esta solución ha de estarse, pues, aunque pudiera considerarse inconveniente de acuerdo con criterios técnicos de protección, lo cierto es que ésta es la regla que han establecido las partes, y, en consecuencia, como ya hizo en un supuesto igual la sentencia de 20 de noviembre de 2003 (recurso 3228/2002) , hay que acoger la denuncia que se formula de los artículos 1 de

la Ley de Contrato de Seguro y 1255 del Código Civil en relación con el artículo 1280 y siguientes del mismo Código , pues lo que establecen las pólizas es que el derecho a la cobertura ha de determinarse en función del momento en que se reconoce la situación objeto de protección y no cabe limitar el claro tenor literal de la póliza a la mera fijación del momento en que nace el deber de pago por parte de la aseguradora, pues de manera inequívoca las pólizas vinculan ese momento no al pago, sino al propio derecho a la indemnización. (...) La opción de las pólizas no vulnera ninguna norma imperativa; no es contraria a la moral y tampoco se opone al orden público, si por él entendemos, como hace la doctrina científica, el constituido por los principios básicos y fundamentales de la organización de la comunidad".

D) Esa es la doctrina que la Sala ha venido aplicando de manera reiterada y uniforme, como es de ver en la STS 23/9/2009, rcud. 2248/2008 , que conoce igualmente de un supuesto en el que la póliza de seguros no referencia su cobertura a la fecha del accidente, sino al momento en que se dicta la resolución administrativa o judicial que reconoce la incapacidad permanente.

Decimos en dicha sentencia "La cuestión planteada ha sido ya resuelta por esta Sala IV, a la luz de los preceptos que invoca la recurrente, en sus sentencias, entre otras, de 26-6-03 (rcud. 4518/02), 20-11-03 (rcud 3238/03), 19-1-04 (rcud 2807/02), 28-4-04 (rcud 2346/03), 23-12-04 (rcud 3356/03), 24-5-06 (rcud. 210/05) y 30-4-2007 (rcud. 618/06), estableciendo en ellas doctrina unificada que puede resumirse así:

A/. Las definiciones de los riesgos y contingencias en las mejoras de Seguridad Social instrumentadas como seguros de grupo han de ser, en principio, las precisadas en estos últimos.

B/. Cuando se trata de una mejora voluntaria que, como aquí ocurre, contiene una regulación específica en orden a fijar el momento en que se tiene por establecida la cobertura o en el que ha de determinarse el régimen aplicable, tal regulación tiene que prevalecer en la medida en que no se oponga a una norma de superior rango. Y a tal solución ha de estarse, pues, aunque pudiera considerarse inconveniente de acuerdo con criterios técnicos de protección, lo cierto es que ésta es la regla que han establecido las partes, y tal opción no vulnera ninguna norma imperativa, no es contraria a la moral y tampoco se opone al orden público, si por él entendemos, como hace la doctrina científica, el constituido por los principios básicos y fundamentales de la organización de la comunidad; ni tampoco supone, en general, la infracción de alguno de los otros límites de la autonomía de la voluntad a que se refiere el artículo 1255 del Código Civil , especialmente teniendo en cuenta que se trata además de una materia esencialmente disponible como la relativa a las mejoras voluntarias.

C/. Si la póliza garantiza únicamente las contingencias producidas durante la vigencia del contrato de trabajo, su cobertura no es aplicable a quien ya no presta servicios en la empresa en la fecha en que la póliza fija como de nacimiento de la protección.

D/. En el caso de que la póliza no contenga una regulación concreta en relación con los riesgos cubiertos o con el momento en que nace la cobertura, o cuando sus términos sean tan imprecisos, oscuros o equívocos que impidan determinar cuál fue la voluntad concorde de las partes, la cuestión habrá de resolverse aplicando los reglas y criterios propios de las prestaciones de Seguridad social".

Concluimos finalmente, que "Los términos de la póliza que contempla la recurrida son claros e inequívocos, lo que impedía desconocer sus previsiones y acudir a criterios específicos de prestaciones de S. Social para fijar como fecha del hecho causante una distinta de la que pactaron las partes. En el caso, la fecha del hecho causante no puede ser otra que la fijada como de efectos económicos en la sentencia que declaró la invalidez; y como quiera que en esa fecha la trabajadora ya había sido despedida y no formaba parte de la plantilla de la empresa, no puede beneficiarse de una póliza de la que está expresamente excluida".

3. - En esta misma línea debemos necesariamente citar las SSTS 10/6/2009, rcud. 3133/2008 y 16/9/2010, rcud. 3105/2009 , que conocen de una situación muy cercana a la del caso de autos por afectar a la misma empresa recurrente y a la misma póliza de seguros suscrita entre las codemandadas del presente asunto.

Como ya hemos destacado anteriormente, dicha póliza se modifica en el año 2008 para incluir el suicido entre los riesgos cubiertos que hasta esa fecha estaban excluidos.

Queremos significar en este momento, que esa exclusión del suicido estaba simplemente citada en las condiciones generales de la póliza y no aparecía recogida como una cláusula limitativa expresamente aceptada y

firmada de manera individualizada y expresa por la empresa, pese a lo que la Sala la da por válida sin llegar a cuestionar en ningún momento su eficacia, ni calificar esa exclusión como una cláusula lesiva o limitativa.

En esas circunstancias nuestras precitadas sentencias concluyen que el suicidio es un accidente y en tal condición debe considerarse comprendido dentro de las previsiones del artículo 60 del Convenio Colectivo Estatal para las Empresas de Seguridad, pero acaban absolviendo a la aseguradora hoy demandada, y declaran que la empresa recurrente es la única obligada a pagar la indemnización por muerte prevista en el precepto convencional al no haber formalizado un contrato de seguros que lo excluye.

Y en lo que ahora interesa, reiteran una vez más la vigencia de nuestra doctrina en la que decimos "que no hay que confundir "las obligaciones que nacen del convenio colectivo y vinculan a la empresa y sus trabajadores, con las que dimanarían del contrato de seguro. El convenio impone, en efecto, a la empresa la obligación de concertar un seguro que cubra todas las contingencias que se enumeran". Pero, como señala también la sentencia citada, "ello no le impide, en uso de la libertad contractual que le reconoce el artículo 1.255 del Código Civil, incumplir ese mandato y formalizar con la compañía aseguradora un contrato que dispense menor o distinta protección de la pactada en el Convenio, sin perjuicio de que, en tal caso, sea la propia empresa directamente la que deba responder ante sus trabajadores".

4. - La más reciente STS 27/5/2015, rcud. 1629/2014, en la que precisamente se sustenta la sentencia recurrida, es el último ejemplo que confirma la vigencia de nuestra doctrina.

Precedente que resulta especialmente relevante para la resolución del presente asunto porque tiene la particularidad de que conoce de un litigio absolutamente idéntico al que aquí se nos plantea, entre la misma empresa recurrente y las dos aseguradoras codemandadas, en el que se suscitaba exactamente la misma cuestión relativa a la situación generada tras un accidente que se produjo bajo la vigencia de la primera de las pólizas de seguro en fecha 4-2-2007, pero el reconocimiento de la incapacidad permanente tiene lugar cuando ya estaba en vigor la segunda de las pólizas el 18/3/2010.

Y en el que además concurre una segunda circunstancia igualmente importante, al invocarse de contraste la STS 28/4/2004, rcud. 2346/2003, que ya hemos referenciado.

En esas circunstancias, reiteramos y ratificamos que la sentencia referencial es la que "recoge la jurisprudencia de esta Sala de casación sobre la determinación de la fecha determinante de la responsabilidad en los supuestos de mejoras voluntarias", y afirmamos que "las cláusulas de las pólizas que estipulan que el derecho a la cobertura ha de determinarse en función del momento en que se reconoce la situación objeto de protección no cabe tacharlas de ilícitas puesto que << La opción de las pólizas no vulnera ninguna norma imperativa; no es contraria a la moral y tampoco se opone al orden público, si por él entendemos, como hace la doctrina científica, el constituido por los principios básicos y fundamentales de la organización de la comunidad >>".

Bien es verdad que aquella sentencia acaba en falta de contradicción porque la invocada como referencial afectaba a un convenio colectivo diferente, pero eso no impide que podamos considerarla como el precedente más cercano que viene a confirmar la vigencia de la tradicional doctrina de la Sala en esta materia.

5. - En todos estos asuntos reiteramos nuestra doctrina que obliga a estar al estricto contenido de lo pactado en el contrato de seguro cuando su literalidad no ofrezca duda alguna sobre lo querido por las partes, que no puede sustituirse por las previsiones legales en materia de prestaciones de seguridad social, y aun cuando eso suponga que la póliza de seguros ofrezca una cobertura menor a la que la empresa estaba obligada a contratar conforme a las obligaciones que le impone el convenio colectivo, sin perjuicio de que en ese caso deba asumir directamente el pago de las cantidades no aseguradas.

Las matizaciones que de esa doctrina hacemos en las SSTS 24/11/2009, rcud. 2070/2003 y 3/10/2013, rcud. 717/2012, responden a situaciones singulares en las que la redacción de las respectivas pólizas de seguro era dudosa, equívoca e imprecisa, y no permitía la directa aplicación de la dicción gramatical de sus cláusulas.

En el primero de tales supuestos ya advertimos que del tenor literal de la póliza no se deriva claramente la voluntad de las partes, y señalamos expresamente que "la cláusula controvertida no es clara, sino oscura y poco concreta, lo que hace que la misma, aparte de la interpretación que consideramos correcta admita otras interpretaciones", lo que lleva a la Sala a calificarla como una cláusula "limitativa de derechos que sería nula por no haberse redactado de forma clara y precisa y por no haber sido destacada de forma especial", y en definitiva, a interpretarla en favor de la empresa asegurada.

En la segunda de dichas sentencias, reiteramos que cuando las previsiones del contrato de seguro fueran oscuras podría recurrirse para interpretarlas al convenio o a las normas de Seguridad Social, pero que ese criterio no es aplicable "a casos en que los términos de los contratos de seguro son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, ya que entonces habrá que estar al sentido literal de sus cláusulas, siguiendo el primer canon de interpretación del artículo 1281 del Código Civil . El empresario puede suscribir el contrato de seguro en los términos del convenio o en otros distintos, debiendo afrontar las correspondientes responsabilidades si no se ajusta a esos términos; responsabilidades que no pueden desplazarse a la aseguradora, que ni está obligada por el convenio, ni tiene tampoco obligación de ajustar la póliza a lo previsto en él".

Tras lo que concluimos que en ese concreto supuesto no se trata del caso ordinario de una situación de infraaseguramiento inicial, "obviamente imputable al tomador del seguro (la empresa)", sino de un problema de actualización de la cantidad asegurada, que es más complejo, que ofrece muchas dudas interpretativas que son imputables a una falta de diligencia de la aseguradora, y que por este motivo no pueden resolverse en beneficio de quien ha originado esa oscuridad.

Quinto.

1 .- El análisis del caso en función de lo dispuesto en el Convenio Colectivo de aplicación. La aplicación de todo lo anterior al caso de autos nos obliga a estudiar en primer lugar el contenido del Convenio Colectivo, para discernir en que consiste exactamente la obligación que impone a la empresa.

Y lo que específicamente establece su art. 60, es que las empresas "suscribirán pólizas de seguro colectivo a favor de todos y cada uno de sus trabajadores para los años 2009 y 2010 por un capital de 28.700,94 € por muerte y de 36.554,33 euros por incapacidad permanente total, absoluta y gran invalidez, derivadas de accidentes sea o no laboral".

Dejamos ahora al margen el supuesto del fallecimiento, porque la cláusula del contrato de seguros que es objeto del litigio se refiere exclusivamente a la prestación de incapacidad permanente.

2. - La lectura del precepto convencional nos permite afirmar que su finalidad es la de establecer una mejora de seguridad social para el caso de que el trabajador sea declarado en situación de incapacidad permanente derivada de accidente.

El convenio colectivo no impone la obligación de contratar un seguro de accidentes para asegurar en abstracto las consecuencias lesivas que pudieren desprenderse del mismo.

Lo que protege es el reconocimiento de la prestación de incapacidad permanente, de tal manera que la sola producción del accidente no genera por si sola ninguna obligación a la empresa.

La obligación de indemnizar no nace por lo tanto en la fecha del accidente, ni se genera por el solo y único hecho de que tenga lugar el accidente, hasta el punto de que ni tan siquiera existirá obligación alguna cuando se produce un accidente que no acaba posteriormente con el reconocimiento de la prestación.

Recordemos que la resolución administrativa o judicial que reconoce la incapacidad permanente es presupuesto constitutivo de esa situación jurídica, por lo que no hay incapacidad permanente hasta el momento en el que así se declara mediante la oportuna resolución administrativa o judicial.

La importancia de todas estas consideraciones radica en que resultan determinantes para enjuiciar las dos cuestiones más importantes que se suscitan en este caso: 1º) la de establecer exactamente en qué consiste la obligación convencional que debe satisfacer la empresa, y los términos en los que debería de haber pactado el contenido de la póliza de seguros para cumplir adecuadamente con la misma; 2º) la calificación de la naturaleza jurídica que debe atribuirse a la cláusula del contrato de seguros que condiciona la cobertura a la fecha de la resolución administrativa o judicial que declara la incapacidad permanente, que no a la de producción del accidente.

3. - Con lo dicho hasta ahora, podemos afirmar que el correcto cumplimiento por parte de la empresa de las obligaciones impuestas por el convenio colectivo le obliga a asegurar la responsabilidad civil que genera el reconocimiento de la prestación de incapacidad permanente, vinculando en consecuencia el contrato de seguros a esa circunstancia.

Esto supone que a la hora de pactar la cobertura temporal de las pólizas de seguros que pueda suscribir a tal efecto, debe tener en cuenta ineludiblemente la fecha en la que finalmente pueda declararse esa situación, puesto que es un hecho evidente, indiscutible y perfectamente conocido, que entre la fecha en la que se produce el

accidente y el momento en el que se dicta la resolución que reconoce la incapacidad permanente mediará un lapso temporal de muy larga duración. Baste reparar en el presente asunto, en el que el accidente es de 12/10/2008 y la declaración de la incapacidad permanente no se produce hasta 16/4/2012.

Y si lo que el convenio protege es la declaración de incapacidad permanente, este es en realidad el momento verdaderamente relevante que debe tener en cuenta la empresa cuando negocia con la aseguradora los términos del periodo de cobertura temporal a los que se extiende la eficacia de la póliza.

No cabe sostener que la empresa atienda correctamente la obligación de aseguramiento que el convenio colectivo le impone, si su actuación se limita a considerar solamente la fecha del accidente y se desentiende totalmente del momento en el que pueda finalmente reconocerse la incapacidad permanente, puesto que su responsabilidad no se genera en realidad hasta que se dicta esa declaración.

Este es el motivo por el que ese elemento temporal resulta especialmente relevante a la hora de suscribir la póliza de seguros, y se convierte en absolutamente determinante, en el caso de que la empresa rescinda la póliza para concertar otra nueva con una aseguradora diferente, porque entonces ya habrá que incluir algún tipo de acuerdo para regular las situaciones transitorias de los trabajadores que hubiesen padecido el accidente bajo la vigencia de la póliza anterior.

Si la empresa opta por cambiar de compañía aseguradora está obligada a tener en cuenta esa circunstancia al pactar el contenido y alcance temporal que quiere atribuir a la nueva póliza de seguros que vaya a contratar, en tanto que es conocedora de que asume la obligación de pagar la indemnización del convenio colectivo a todos los trabajadores que pudieren haber sufrido con anterioridad un accidente y puedan ser declarados en el futuro en incapacidad permanente. De no hacerlo, no estaría cumpliendo la obligación del convenio.

Precisamente por ello, es perfectamente normal y lógico, diríamos que hasta necesario e imprescindible, que todas las pólizas de seguros colectivos de esta naturaleza establezcan el ámbito temporal al que se extiende su cobertura, disponiendo reglas específicas para regular la situación que se presenta respecto a los trabajadores que han sufrido el accidente antes de su entrada en vigor y los que puedan ser declarados en incapacidad permanente con posterioridad a su rescisión.

Desde esta perspectiva temporal la empresa debe decidir el alcance y la extensión que quiere otorgar a la póliza de seguros, que puede ir desde el máximo posible para incluir los accidentes anteriores y los producidos durante su vigencia, con independencia de la fecha en la que se produzca posteriormente la declaración de incapacidad permanente, o bien optar por cubrir solamente los accidentes y/o declaraciones de incapacidad permanente que tengan lugar durante la vigencia de la póliza.

Lógicamente, el importe de la prima se ajustará a la mayor o menor cobertura que en tal sentido se le quiera atribuir a la póliza de seguros, pero eso no es óbice para atender debidamente el mandado del convenio colectivo.

4. - Y aquí es donde la empresa en este caso no ha cumplido con las obligaciones del convenio.

La primera póliza concertada con Previsora General señala expresamente, en las condiciones particulares que se pactan en el año 1999, que abarca a los trabajadores que agotaron el periodo máximo de incapacidad temporal y se encuentran a la espera de que se dicte el pronunciamiento oportuno sobre su incapacidad permanente.

Seguidamente establece, con absoluta nitidez, que cubre aquellas incapacidades permanentes cuya declaración se produzca durante el periodo de su vigencia, debiendo estarse a tal efecto a la fecha de la declaración de la invalidez que indiquen los órganos administrativos o judiciales competentes en la resolución firme que se produzca en relación con esa situación.

Esto supone ofrecer cobertura a las situaciones en las que el accidente hubiere tenido lugar con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, aunque deja fuera los supuestos en los que esa declaración se dicta cuando la póliza ha perdido vigencia.

La empresa optó libremente por acogerse a esa modalidad de cobertura - en función de la que abona el importe de la prima-, con la loable intención de incluir a los trabajadores que pudieren haber sufrido un accidente con anterioridad a la contratación de la póliza y cuya incapacidad se declarase bajo su vigencia, pero a sabiendas de que no amparaba los supuestos en los que la resolución que reconoce la incapacidad permanente se dictara después de su rescisión.

Con posterioridad decide resolver aquella póliza con efectos de 31 de diciembre de 2009, para formalizar una nueva a partir de esa fecha con la segunda aseguradora, Vidacaixa S.A, en la que, intencionadamente, en sentido contrario, y por extraño que parezca, opta por asegurar exclusivamente los supuestos en los que el accidente causante de la incapacidad permanente se produzca durante el periodo que abarque la póliza.

Con esto consigue dar cobertura a todas las situaciones de incapacidad permanente que deriven de accidentes que tengan lugar durante su vigencia, cualquiera que sea luego la fecha de la declaración de la incapacidad permanente, pero, a cambio, deja fuera de su ámbito de protección la situación de los trabajadores que sufrieron el accidente cuando estaba en vigor la póliza anterior.

En el momento de formalizar la segunda de las pólizas la empresa conoce la situación de los trabajadores que pudieren haber sufrido un accidente bajo la vigencia de la póliza anterior, y es sabedora de que existe la posibilidad de que alguno de ellos pueda ser declarado en el futuro en situación de incapacidad permanente derivada de aquel accidente.

Aun así, opta por cambiar su posición en esta materia y acogerse a un régimen diferente al que era objeto de cobertura en la primera póliza, en manifiesto incumplimiento de las obligaciones del convenio colectivo.

5. - Llegados a este punto ya podemos establecer las dos conclusiones con las que vamos a desestimar en este extremo el recurso de la empresa.

La primera de ellas es que no ha cumplido adecuadamente con la obligación que le impone el convenio colectivo.

Y decimos que no las ha cumplido, porque ha pactado unas condiciones insuficientes en la cobertura de cada una de las sucesivas pólizas de seguros, que no alcanzan a los trabajadores que sufren el accidente bajo la vigencia de la primera de ellas y se les reconoce la incapacidad permanente cuando ya se encuentra en vigor la segunda, de lo que se desprende que es la propia empresa la que debe asumir directamente la responsabilidad en el pago de la indemnización.

Aquí nos vemos obligados a hacer una reflexión para destacar algo que parece evidente.

Sea cual sea la decisión que adopte la empresa a la hora de pactar el alcance temporal de este tipo de aseguramientos, lo cierto es que siempre perjudicará la situación de unos trabajadores y beneficiará la de otros.

Tan injusta puede resultar la previsión que excluye a quienes son declarados en incapacidad permanente con la póliza en vigor, y pese a ello no están bajo su cobertura porque el accidente es de fecha anterior, - que es precisamente lo que se hace en la segunda de las pólizas cuya eficacia no se discute-; como la opción contraria, de excluir a quienes se les declara la incapacidad permanente cuando ya no está vigente la póliza, pero sufrieron el accidente cuando se encontraba en vigor - que es la solución pactada en la primera de ellas.

Parecería lo lógico que la empresa hubiere seguido el mismo modelo en el momento de cambiar de compañía aseguradora para no dejar fuera de su cobertura la situación de unos u otros trabajadores, o haber pactado la inclusión de algún tipo de previsión específica para transitar de un régimen jurídico a otro.

La segunda de las conclusiones, es que ninguna duda ofrece la interpretación de la dicción literal de las cláusulas pactadas como condiciones particulares con la primera aseguradora en el año 1999.

Puesto que se trata de una mejora voluntaria y dado que el contrato de seguro contiene una regulación específica para fijar el momento el que actúa la cobertura que dispensa, debe estarse necesariamente a lo que se ha pactado expresamente - aunque pudiere considerarse más inconveniente de acuerdo con criterios técnicos de protección, como decimos en todas nuestras anteriores sentencias que ya hemos referenciado-, porque ese acuerdo no se opone a ninguna norma imperativa de orden público que desmienta su eficacia, sin que pueda acudir a preceptos legales de seguridad social para sustituir la voluntad de las partes que ninguna duda ofrece.

Distinto sería de no haberse incluido en la póliza de seguros una específica regulación de esta materia, o en el supuesto de que lo pactado fuese equívoco, impreciso, u ofreciere dudas sobre su verdadero alcance y eficacia, en cuyo caso deberíamos recurrir a la aplicación de la normativa de seguridad social, de la que se deduciría que el hecho causante que activa la responsabilidad de la aseguradora habría de ser el momento del accidente, tal y como resuelve la sentencia de contraste.

Sexto.

1.- La aplicación de la normativa de la Ley de Contratos de Seguro. Ya hemos avanzado que el recurso denuncia la infracción de determinados preceptos de la Ley 50/1980, de contrato de seguro, y califica como cláusula limitativa contraria a derecho la pactada en el año 1999 como condición particular de la póliza de seguros.

Son ya varias las sentencias de esta Sala en las que hemos tenido ocasión de expresar nuestra doctrina al respecto.

Como decimos en las SSTs 18/2/2016, rcud. 3136/2014 , y 25/4/2017, rcud. 848/2016 , "En el derecho de seguros es clásica la distinción entre cláusulas lesivas y cláusulas limitativas. Las primeras son siempre inválidas, en tanto que las limitativas pueden alcanzar validez si cumplen las dos condiciones que enumera la ley; esto es, que se destaquen de modo especial y que sean específicamente aceptadas por escrito. La consideración como lesiva de una cláusula se fundamenta en la desproporción o desequilibrio insuperables que, en la economía del contrato, produce en perjuicio del asegurado. Ese vicio de lesividad comporta la nulidad de la cláusula y no la del resto del contrato, esquema que responde al conocido de la nulidad parcial del contrato. Por el contrario, puede entenderse que son cláusulas limitativas las que restrinjan los derechos del asegurado, sin llegar a producir la desproporción o desequilibrio insuperables de su posición jurídica en la economía del contrato. Por ello, se consideran válidas si cumplen los requisitos formales antes reseñados.

Ocurre, sin embargo, que una buena parte de las cláusulas que merecen el calificativo de limitativas suponen, a la vez, un instrumento de delimitación del riesgo cubierto por el contrato. Por ello, el criterio mayoritario en la doctrina y en la jurisprudencia civil es tratar de separar ambos tipos de cláusulas, excluyendo a las puramente delimitadoras del riesgo cubierto del doble requisito impuesto a las puramente limitativas por el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro . De esta forma, existe consenso en considerar que los derechos del asegurado son delimitados siempre que una cláusula acota el riesgo objeto de cobertura por medio del contrato de seguro y, por el contrario, son limitados sólo cuando tal cláusula, al perfilar el riesgo cubierto excluye supuestos que de ordinario o usualmente quedan comprendidos dentro del mismo. En definitiva, como pone de relieve la STS -Sala 1ª- de 5 de junio de 1997 , "La concreción del riesgo asegurado no supone limitación en los derechos del asegurado". Y, además, deben excluirse del concepto de cláusulas limitativas de los derechos del asegurado aquéllas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo (como es la circunstancia del caso presente) y en qué ámbito espacial (STS 1ª de 18 de mayo de 2009, Rec. 40/2004)."

2.- La aplicación de esos mismos criterios al caso de autos impide que podamos atribuir naturaleza jurídica de cláusulas limitativas sometidas al régimen del art. 3 LCS , a las firmadas por la empresa como condiciones particulares del contrato de seguro en el año 1999.

Ya hemos dicho que el art. 60 del Convenio Colectivo no obliga a la empresa a contratar un seguro de accidentes a favor de los trabajadores en los términos del art. 100 LCS , para indemnizar con carácter general cualquier lesión que sufran como consecuencia de este, sino a asegurar el pago de una indemnización en el caso de que se reconozca al trabajador la situación de incapacidad permanente derivada del accidente.

Podríamos decir que lo que persigue el convenio colectivo no es tanto que se dé cobertura el accidente, como que la empresa asegure la declaración de incapacidad permanente que genera el pago de la indemnización.

En cualquier caso y, cuanto menos, el convenio coloca al mismo nivel el accidente y el reconocimiento de la incapacidad permanente, que se configuran como dos requisitos que deben concurrir conjuntamente para generar el derecho que el art. 60 reconoce.

El momento de tal declaración resulta de esta forma absolutamente determinante en la cobertura de la responsabilidad civil que a la empresa le impone el convenio colectivo y constituye el objeto de la póliza de aseguramiento, hasta el punto que va indisolublemente unida a este tipo de contratos de seguros la ineludible necesidad de regular el régimen que ha de regir el alcance de la cobertura en función de la fecha en el que tenga lugar el accidente y la posterior declaración de incapacidad permanente.

Lo que es de ver perfectamente en el caso de autos, en el que la póliza que suscribe la empresa con la segunda de las aseguradoras - a la que ninguna tacha de ilegalidad imputa-, incluye igualmente una cláusula delimitadora de su ámbito temporal de la misma naturaleza con la que excluye de su cobertura los supuestos en los que la incapacidad permanente se declara durante la vigencia de la póliza si el accidente es anterior a su entrada en vigor.

Ya hemos dicho que esta cláusula de la segunda póliza está redactada en sentido diferente a la de la primera, pero desde la perspectiva jurídica que ahora interesa tiene sin duda la misma naturaleza y finalidad.

Por eso decimos que en un supuesto como el presente y , en razón del alcance que la regulación del convenio colectivo atribuye a la responsabilidad que debe asegurar la empresa, la cláusula del contrato de seguros que establece esos efectos pretende acotar el marco temporal al que extiende su ámbito de cobertura y tiene por este motivo una naturaleza meramente delimitadora.

Como explicamos en las sentencias citadas en el apartado anterior, las cláusulas limitativas son aquellas que "al perfilar el riesgo cubierto excluyen supuestos que de ordinario o usualmente quedan comprendidos dentro del mismo".

Es algo obvio - afortunadamente- que la inmensa mayoría de accidentes no provocan la incapacidad permanente del trabajador, por lo que el reconocimiento de esa situación no es un supuesto que se derive de manera ordinaria y usual del accidente.

Motivo por el que no puede atribuirse naturaleza limitativa a las cláusulas que desarrollan las reglas que deben regir el ámbito temporal de cobertura de la póliza de seguros en estos casos, cuando ya hemos dicho que son del todo necesarias e imprescindible, en atención al muy largo periodo de tiempo que puede transcurrir desde el accidente hasta el momento en el que nace la obligación de la empresa de pagar la indemnización, si es que finalmente se reconoce la incapacidad permanente.

Sin que podemos acoger el argumento de la recurrente con el que sostiene que el pacto firmado en tal sentido con la primera aseguradora supone quedar cautivos de esa relación contractual para el futuro, porque basta simplemente con pactar una cláusula de similar contenido con la nueva aseguradora con la que dar cobertura a la situación de los trabajadores que hubieren sufrido el accidente antes de la firma de la nueva póliza, tal y como así hizo en su momento con la anterior aseguradora a partir del segundo año de vigencia del contrato.

3. - A mayor abundamiento, en cualquier caso, la hipotética calificación de aquella cláusula como limitativa -que negamos-, no determinaría su ineficacia en el presente supuesto en el que se habrían cumplido los dos requisitos que exige el art. 3 LCS para admitir su validez.

Recordemos que este precepto dice "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".

Se refiere en primer lugar a las condiciones generales y particulares para exigir que se redacten de forma clara y precisa, lo que en el caso de autos ya hemos dicho que se cumple perfectamente.

Seguidamente impone - en el mismo párrafo-, la obligación de que las cláusulas que sean limitativas se destaquen de modo especial y sean específicamente aceptadas por escrito.

Ambos requisitos formales concurren en el caso presente, en el que la cláusula en cuestión fue incorporada al contrato separadamente de las condiciones generales, en un folio aparte dedicado exclusivamente a ellas y firmadas específicamente por la empresa.

La póliza se formaliza en el año 1997 y la incorporación de aquellas cláusulas tiene lugar en 1999, siendo aceptadas por escrito y firmadas por la empresa de forma individualizada y expresa, en el particular y concreto documento que a tal efecto se emite por la aseguradora y es acogido sin tacha alguna por la recurrente.

Se cumplen con ello sobradamente las exigencias del art. 3 LCS, porque ninguna duda cabe que de esa forma han quedado perfectamente destacadas de modo especial y han sido aceptadas por escrito cumpliendo con la finalidad perseguida por el precepto, que no es otra que la de evitar que las cláusulas limitativas quedan entremezcladas de manera confusa y difícil de identificar entre en las condiciones generales del contrato de seguro.

No hay razón alguna para considerar que ese documento no hubiere sido consensuado libremente por ambas partes con la finalidad de dar cobertura a la situación de los trabajadores que pudieren haber sufrido el accidente antes de la entrada en vigor de la póliza, y, en cualquier caso, para delimitar y aclarar el periodo temporal de su cobertura en función de esa importante dilación temporal que existe de ordinario entre el accidente y el reconocimiento de la incapacidad permanente.

Sea como fuere, ya hemos dicho que la dicción literal de esas cláusulas no ofrece el menor margen de incertidumbre sobre su alcance y contenido; no hay ninguna duda de que fueron perfectamente conocidas por la empresa y firmadas de manera expresa por escrito; y no hay dato alguno que permite sospechar la existencia de vicios del consentimiento.

Es verdad que el específico documento que las incluye viene encabezado con la denominación de "condiciones particulares", pero eso no puede ser en modo alguno óbice para negar su eficacia por motivos puramente formales, cuando es evidente que esta fórmula supone que se han destacado de modo especial en el contrato y han sido expresamente aceptadas por escrito, cumpliendo perfectamente con la finalidad de los requisitos de forma que impone aquel precepto legal.

Añade la empresa que esas condiciones particulares introducidas en el año 1999 quedaron posteriormente sin efecto y fueron sustituidas por las modificaciones incorporadas al contrato en los años 2008 y 2009.

Argumento inatendible, porque esos documentos suplementarios de actualización suscritos en 2008 y 2009 no incluyen ninguna previsión que deje sin efecto lo firmado en 1999. Se limitan simplemente a incorporar el suicidio y los infartos como accidentes protegidos para ampliar en tal sentido el alcance de la póliza, sin afectar en forma alguna al ámbito temporal de cobertura que se había fijado en aquel documento del año 1999.

4.- Finalmente, con mayor motivo si cabe, debemos negar la naturaleza lesiva de la cláusula.

No es concebible un seguro de este tipo que no incluya una referencia al ámbito temporal a tener en cuenta para activar su cobertura en función de la fecha del accidente y/o de la declaración de incapacidad permanente, lo que necesariamente exige algún tipo de previsión a tal respecto porque lo contrario sería tanto como dejar absolutamente indefinido el marco temporal cubierto por la póliza.

Algo que no es difícil de apreciar en el presente supuesto, porque también el contrato suscrito con la segunda de las aseguradoras contiene una disposición de la misma naturaleza que acota la efectividad del contrato a la fecha del accidente y que no por ello puede calificarse como una cláusula lesiva nula de pleno derecho y sin efecto jurídico alguno.

Las cláusulas lesivas son aquellas que se fundamentan en la desproporción o desequilibrio insuperables que, en la economía del contrato, produce en perjuicio del asegurado.

No puede atribuirse ese calificativo a la necesaria regulación del régimen contractual de aplicación en función de las fechas de vigencia de la póliza, producción del accidente y declaración de la incapacidad permanente, que son los tres parámetros sobre los que descansa la cobertura del seguro en los términos que dispone el art. 60 del Convenio Colectivo y deben por ello contemplarse como elementos ineludibles del aseguramiento.

Séptimo.

De acuerdo con todo lo razonado y de conformidad con el Ministerio Fiscal, el recurso ha de ser desestimado para confirmar en sus términos la sentencia recurrida, con imposición de costas a la empresa recurrente y pérdida del depósito constituido para recurrir.

FALLO

Por todo lo expuesto,

EN NOMBRE DEL REY

y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta Sala ha decidido desestimar el recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por Securitas Seguridad España, S.A., contra la sentencia dictada el 25 de abril de 2016, aclarada en auto de fecha 23 de junio de 2016, por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en el recurso de suplicación núm. 652/2015, que resolvió el formulado contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 2 de Madrid, de fecha 20 de abril de 2015, recaída en autos núm. 337/2014, seguidos a instancia de D. Leoncio contra Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, Vidacaixa, S.A. de Seguros y Reaseguros y Securitas Seguridad España, S.A., en materia de reclamación de cantidad, que confirmamos en sus términos. Con imposición de costas a la recurrente, y pérdida del depósito constituido para recurrir.

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

Así se acuerda y firma.

D. Jesus Gullon Rodriguez D. Fernando Salinas Molina
D^a. Maria Milagros Calvo Ibarlucea D^a. Maria Luisa Segoviano Astaburuaga
D. Jose Manuel Lopez Garcia de la Serrana D^a. Rosa María Virolés Piñol
D^a. Maria Lourdes Arastey Sahun D. Miguel Angel Luelmo Millan
D. Antonio V. Sempere Navarro D. Angel Blasco Pellicer
D. Sebastian Moralo Gallego D^a. Maria Luz Garcia Paredes

D.^a Concepcion Rosario Ureste Garcia

VOTO PARTICULAR que formula el MAGISTRADO EXCMO. SR. D. JOSE MANUEL LOPEZ GARCIA DE LA SERRANA, y al que se adhieren los MAGISTRADOS EXCMO. SR. D FERNANDO SALINAS MOLINA, EXCMA. SRA. D.^a MARIA LUISA SEGOVIANO ASTABURUAGA, EXCMA. SRA. D.^a ROSA MARÍA VIROLÉS PIÑOL y EXCMO. SR. D. ANGEL BLASCO PELLICER, de conformidad con lo establecido en el artículo 260.2 de la Ley Orgánica del Poder Judicial , en relación con la sentencia dictada en el Recurso de Casación para la Unificación de Doctrina nº 3326/2016.

De conformidad con lo establecido en el artículo 260.2 de la Ley Orgánica del Poder Judicial , formulo voto particular a la sentencia dictada en el recurso de casación para unificación de doctrina nº 3326/2016, en el que expreso con total respeto, mi discrepancia respecto del criterio que mantiene la postura mayoritaria de la Sala al resolver las cuestiones que se suscitan en el presente recurso de casación para la unificación de doctrina, sosteniendo la posición que mantuve en la deliberación.

Introducción.

Las razones por las que me opongo a la sentencia de la mayoría se resumen diciendo que la misma cambia la doctrina de la Sala sobre la imputación de responsabilidades en el pago de las mejoras Seguridad Social derivadas de accidente laboral y en materia de interpretación de los contratos de seguro, y especialmente porque se olvida de aplicar la directiva 93/13 CEE que transpone a nuestro derecho la Ley 7/1998, de 13 de abril, sobre condiciones generales de contratación, normas que, aunque no son de directa aplicación en los contratos entres profesionales, aunque sean de diferente actividad, si son de tener en cuenta y aplicables los artículos 5-1 y 7 de la Ley 7/1998 sobre la incorporación de las condiciones generales al contrato cuanto se acepte por el adherente su incorporación y por el predisponente se le haya informado de su existencia facilitándole el oportuno ejemplar. La redacción de las cláusulas debe ajustarse a los criterios de transparencia, claridad, concreción y sencillez (art. 5-5) y no quedan incorporadas al contrato, según el artículo 7, las que el adherente no haya conocido de manera completa o no haya firmado, así como las que "sean ilegibles, ambiguas, oscuras e incomprensibles", salvo que hubieren sido aceptadas expresamente por escrito, siempre que "se ajusten a la normativa específica que discipline en su ámbito la necesaria transparencia de las cláusulas contenidas en el contrato". Así, pues, el artículo 3 de la ley 50/1980 , del contrato de seguro debe ser interpretado a la luz de estos principios, lo que supone la necesaria aceptación por el adherente de las condiciones particulares, así como que estas se ajusten a la normativa que regula el contrato de seguro, lo que no sucede cuando se desvirtúa la naturaleza del riesgo asegurado confundiendo el accidente causante de la lesión con las secuelas que deja al curar, máxime cuando la cláusula no se redacta con la claridad y precisión debidas.

Fundamentación.

La discrepancia se construye con base en los siguientes razonamientos.

Primera. Resumen hechos contemplados

A) La póliza de seguro que nos ocupa se suscribe en cumplimiento del art. 60 del Convenio Colectivo de empresas de seguridad publicado en BOE 10 junio 2005, fijando cantidad por IPT que reitera la revisión del citado artículo en 2008 (BOE 28 febrero). En ese precepto se establece " Artículo 60. Seguro colectivo de accidentes. Las Empresas afectadas por este Convenio Colectivo suscribirán pólizas de seguro colectivo a favor de todos y cada uno de sus trabajadores para el año 2005 por un capital de 27.586,45 € por muerte y de 34.942,84 € por incapacidad permanente total, absoluta y gran invalidez, derivadas de accidentes sea o no laboral, excepto los producidos en competiciones deportivas oficiales de vehículo de motor. Su efecto cubrirá las veinticuatro horas del día y durante todo el año. Los capitales asegurados por muerte ascenderán a 28.138,18 € para el año 2.006 y 28.700,94 € para los años 2007 y 2008. Los capitales asegurados por incapacidad permanente total, absoluta y gran invalidez ascenderán para el año 2.006 a 35.641,70 € y 36.554,53 € para los años 2007 y 2008."

La póliza de seguro suscrita para el año 2008 con efectos del 1 de enero, tras señalar que se trata de una póliza de convenio colectivo que afecta a 12.586 empleados y supone una prima de 267.329'19 euros, así como

que se trata de una póliza de un seguro colectivo que ya se suscribió en 1999 (según fundamento derecho primero de la sentencia recurrida) cuando, estableció como condiciones generales y particulares las siguientes:

Garantías contratadas

Convenio de empresas de seguridad estatal y garantías del accidente colectivo, entre otras la IPT por accidente con una indemnización de 36.554'53 euros, esto es los del convenio. Con ello reitera la cobertura del art. 1 de las condiciones generales de la póliza que dice: "...garantiza a los asegurados... el pago de las indemnizaciones contratadas según lo dispuesto en el Convenio Colectivo". Salvo en el particular relativo a la inclusión de los suicidios ninguna condición particular más se incluye en la documental aportada por la aseguradora (la Previsora General) en su ramo de prueba, ni en el ramo de prueba de la empresa salvo la cobertura de los infartos. En igual sentido la póliza suscrita para el año 2009 que en las condiciones particulares incluyó la cobertura del suicidio y el infarto de miocardio. Si aparece que en la póliza suscrita en 8 de enero de 1999 se incluyeron unas condiciones particulares que decían: 1º) "Se entienden incluidos en esta cobertura aquellos trabajadores que, habiendo agotado el periodo máximo de la situación de incapacidad temporal, y no figurando por tanto- en los boletines de cotización a la Seguridad Social de la empresa, se encuentren a la espera de que se produzca la pertinente declaración sobre su situación de invalidez permanente, y ésta tenga lugar durante la vigencia de la cobertura"; 2º) "Se hace constar expresamente que, a efectos de esta cobertura, la fecha de la declaración de la invalidez, será la que se indique por parte de los órganos administrativos o judiciales competentes, en la Resolución firme que se produzca en relación con dicha situación de invalidez"; y en su punto 3, que "Previsora General asume la responsabilidad de las prestaciones complementarias de invalidez permanente cuya declaración se produzca durante el periodo de vigencia de esta póliza". Pero estas condiciones particulares, como señala la sentencia de instancia no se volvieron a incluir en las pólizas o renovaciones de las mismas, que se suscribieron los años siguientes, pese a que en los documentos que redactaba la aseguradora para la renovación se decía que el documento contenía la condiciones generales y particulares de la póliza, cuyo objeto era cubrir las obligaciones impuestas por el convenio colectivo en materia de accidentes. Estas renovaciones supusieron que la tomadora del seguro pasase de pagar una prima de 25.379.806 ptas en 1999 a 329.822 euros en 2009, esto es más del doble.

B) Antecedentes en la Sala

En nuestra sentencia del Pleno de 24 de noviembre de 2009 (R. 1145/2008) se contempló un supuesto de seguro impuesto por convenio colectivo en el que la póliza decía en lo que aquí interesa: 4: "En caso de siniestro, las fechas a considerar serán las siguientes:- b) En caso de invalidez por accidente garantizada en la presente póliza: la fecha de efectos económicos de la Resolución ó Declaración de Invalidez Permanente efectuada por el Organismo Oficial competente ó de Sentencia firme del Organismo Judicial competente". Como puede observarse esa cláusula es muy parecida a la que es objeto de interpretación en el presente caso y, no obstante, se llega a otra solución.

Desde nuestra sentencia de 1 de febrero de 2000 la Sala viene señalando que una cosa es la fecha del accidente asegurado que determina la norma aplicable y las prestaciones debidas, incluso la mejora, así como la aseguradora responsable y otra la fecha en la que se consolidan las secuelas derivadas del mismo y se actualiza el riesgo. Con base en los artículos 100 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre , se ha estimado que una cosa es la fecha del siniestro asegurado, el accidente, y otra la fecha en que se consolidan las secuelas derivadas del mismo y se actualiza el riesgo cubierto naciendo la obligación de pagar el capital asegurado (S.TS., además de la ya citada, de 4 de octubre de 2001 (Rec. 3902/00), 24 de mayo de 2000 (Rec. 1549/99), 10 de junio de 2002 (Rec. 713/02), entre otras).

Por ello, como se dice en la sentencia de 1 de febrero de 2000 (R. 200/1999) del Pleno de la Sala y en otras muchas que la reproducen: lo decisivo es que cuando ocurre un accidente la póliza que asegura este riesgo esté vigente. Si es así, se aplicará la cobertura, aunque la determinación de la invalidez a partir de la presentación del certificado médico de incapacidad se haya producido con posterioridad y la póliza ya no esté vigente. Lo importante es la relación de causalidad entre el accidente y sus secuelas; no la fecha en que se manifiesten éstas, ni mucho menos la de su constatación administrativa o médica. La cobertura se establece en función del riesgo asegurado, aunque proteja el daño indemnizable derivado de éste, que puede manifestarse con posterioridad al siniestro. Así lo afirma la jurisprudencia civil que distingue claramente entre el accidente, como riesgo asegurado, y el daño

derivado del mismo: "la declaración de la invalidez, lejos de significar el hecho de la causación del daño o del siniestro, es meramente una formalidad administrativa determinante, entre otras, de las consecuencias económicas en diversos aspectos del accidente, pero en modo alguno puede identificarse con éste" (sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1993 en el mismo; sentido sentencia de 6 de febrero de 1995) y las más recientes de 17 de abril de 2007, 29 de diciembre de 2010 y 19 de mayo de 2011, entre otras.

Otra solución sería además imposible de articular, pues conforme a los artículos 1 y 4 de la Ley de Contrato de Seguro el contrato de seguro es nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Lo que quiere decir que si el accidente se ha producido en una determinada fecha, no podrá asegurarse su cobertura con posterioridad a la misma, aunque una determinada secuela (la incapacidad permanente o la muerte) se manifieste o se constate administrativamente después.

Es cierto que en determinados supuestos puede existir un margen de aleatoriedad en la conversión de la lesión producida por el accidente en un efecto invalidante o en la muerte. Pero, aparte de que en la mayoría de los casos, esos efectos suelen ser previsibles de acuerdo con los estándares generales, se trata de un supuesto anormal que habría de pactarse así con el lógico incremento de la prima.

C) Inaplicación de doctrina consolidada

La sentencia recurrida no aplica nuestra doctrina, sin renunciar a ella ni pretender modificarla, sino amparándose en una interpretación literal de las condiciones particulares en la póliza de la que se discrepa: por las siguientes razones.

Primera.

El riesgo asegurado era el accidente (artículos 100 y 104 de la Ley del Contrato de Seguro de 8 de octubre de 1980) y producido el accidente sólo quedaba la consolidación del daño causado para fijar el importe de la indemnización. Así lo viene entendiendo esta Sala desde su sentencia del Pleno 1 de febrero de 2000 , doctrina reiterada por múltiples sentencias como la del Pleno de 24 de noviembre de 2009 (R. 1145/2008) que en supuesto parecido señaló "En efecto, cual se estable en nuestras sentencias de 10 julio 1995 , 22 julio 2002 (Rec. 1276/01) , 15 marzo 2002 (Rec. 4633/00) y 24 septiembre 2002 (Rec. 3436/01) entre otras, cuando se trata de seguros de grupo las definiciones de los riesgos y contingencias objeto de cobertura deben ser las precisadas en la póliza de seguro y sólo en caso de silencio u oscuridad de la póliza puede acudir al concepto que de esos riesgos dan las normas de la Seguridad Social, pues, sobre todo, para interpretar la póliza debe estarse a la intención de las partes contratantes, lo que obliga a estar a la literalidad de la póliza cuando es fiel reflejo de la intención de quienes suscribieron el contrato de seguro.

Por otro lado, desde nuestra sentencia de 1 de febrero de 2000 (RCUD 200/99), esta Sala viene entendiendo que la fecha del accidente de trabajo determina la normativa aplicable y, consecuentemente, las prestaciones debidas, las mejoras que las complementan y la entidad aseguradora responsable del pago de las mismas.

Con base en los artículos 100 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre , se ha estimado que una cosa es la fecha del siniestro asegurado, el accidente, y otra la fecha en que se consolidan las secuelas derivadas del mismo y se actualiza el riesgo cubierto naciendo la obligación de pagar el capital asegurado (S.TS., además de la ya citada, de 4 de octubre de 2001 (Rec. 3902/00) , 24 de mayo de 2000 (Rec. 1549/99) , 10 de junio de 2002 (Rec. 713/02) , entre otras muchas como las de 8 de junio de 2009 (R. 2873/2008) y 20 de julio de 2017 (R. 3748/2015)), doctrina de la que se aparta la mayoría sin razonar su cambio de criterio, máxime cuando en nuestra sentencia de 24 de noviembre de 2009 (R. 1145/2008) se contempla el supuesto de una cláusula muy similar. El cambio no se puede justificar diciendo, simplemente, que el supuesto es distinto y que una interpretación literal de la cláusula lleva a otra solución como se verá a continuación.

Segunda. Existencia de errores de interpretación.

Sobre la interpretación de la póliza.

1.Cual consta en relación de hechos probados la póliza de seguro fue suscrita por la empresa para cubrir las obligaciones que le imponía el artículo 60 del Convenio Colectivo para con sus empleados, aserto que corroboran

la sentencia recurrida en la declaración de hechos probados y en la fundamentación jurídica, así como la condición general primera de la póliza, donde se dice que ese es el objeto del contrato con la particularidad de que en la carátula resumen de la póliza se dice que tiene por objeto cubrir los accidentes del Convenio Colectivo de las empresas de seguridad. Por tanto, si esa era la intención de las partes, es claro que la póliza cubría el siniestro que nos ocupa, por cuánto el accidente ocurrió durante la vigencia del contrato de trabajo del actor y de la póliza. El hecho de que las consecuencias del accidente no se consolidaran de forma definitiva antes de la rescisión de la póliza no desvirtúa lo dicho porque, cual se dijo antes, una cosa es la fecha del accidente y otra aquella en que se actualiza el riesgo asegurado y nace la obligación de pagar el capital asegurado, como se deriva de lo dispuesto en los artículos 100 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre .

Debe insistirse en que el convenio obligaba a asegurar la IPT por accidente, esto es que lo asegurado era el accidente y, más aún, que como consta en la póliza, esta se firmaba para cumplir con las obligaciones del convenio, objeto del contrato de seguro que en otro caso carecía de sentido. Por ello cabe concluir que lo asegurado era el accidente que luego dejaba secuelas, pues si el accidente, el siniestro, hubiese acaecido al suscribirse la póliza, esta era nula conforme al artículo 4 de la Ley del Contrato de Seguro de 8 de octubre de 1980 en relación con los artículos 83 y 100 de la misma.

2. La sentencia de la que se discrepa realiza una interpretación diferente, con base a una interpretación literal del contrato de seguro suscrito entre las partes cuyas lagunas y oscuridades no pueden suplirse con otros criterios jurídicos, razón por la que en casos de infraseguro responde el tomador del seguro cual ocurriría en el presente caso en el que, según la mayoría, el convenio lo que obligaba era a asegurar la incapacidad permanente derivada del accidente, de forma que del accidente no nacía la obligación de indemnizar, deber que sólo nacía con la declaración de incapacidad permanente, hecho que era el que se debía asegurar y que en el presente caso no estaba cubierto porque una condición particular de la póliza exigía la vigencia de la misma al tiempo de la declaración de invalidez permanente, razón por la que, como la sentencia recurrida, concluye que el hecho causante de la mejora, según lo pactado, coincidía con la fecha de la declaración de la incapacidad permanente, motivo por el que, al no estar vigente en ese momento la póliza, se produce una situación de infraseguro que conlleva la responsabilidad de la empleadora que no había cubierto esa situación con la nueva aseguradora y había abandonado de sus obligaciones convencionales.

Tercera. *Sobre las cláusulas delimitadoras del riesgo, las limitativas de derechos y las normas legales que regulan su interpretación.*

1. Vaya por delante que las cláusulas que nos ocupan y en cuya redacción se funda la sentencia recurrida, así como la propuesta de la que discrepo, se encuentran en la póliza suscrita en 1999, pero, curiosamente, no constan en las pólizas, posteriormente, suscritas que no han sido aportadas por La Previsora, sospechosamente porque a ella incumbía la carga de la prueba, salvo la del año 2008 que tiene un condicionado particular en el que se añade la cobertura de los suicidios (documento 2 del ramo prueba de la aseguradora al que se remite el hecho probado segundo), donde consta un escrito con membrete de la aseguradora que dice que ahí se reseñan las condiciones generales y particulares de la póliza con anexos que para el año 2009 envía la aseguradora a la empresa, aunque ese año añade en las condiciones particulares que desde 01-01-2007, se cubren los fallecimientos por suicidio e infarto de miocardio. En las pólizas enviadas en 2008 y 2009 consta un apartado en el que, además, el tomador del seguro reconoce haber leído y entendido las condiciones particulares y generales que se adjuntan, aceptando las mismas y en especial las causas limitativas de los artículos 2, 3, 5, 6, 7 y 8 del condicionado de convenios colectivos, ninguno de los que hacen referencia a las cláusulas, sobre la necesidad de vigencia de la póliza al tiempo de la declaración de invalidez permanente, que nos ocupan, condiciones particulares que no constan en ninguna póliza posterior a 1999 que la tomadora del seguro aceptara, aunque se hablara en ellas de renovación no se reproducen las antiguas condiciones particulares, firmadas en 1999, ni se hace referencia a ellas, pese a decirse que se acompañan las condiciones generales y particulares en escritos de 2008 y 2009 de la aseguradora que además no fueron firmadas por la tomadora del seguro.

2. Lo dicho, sobre la no inclusión en la póliza de esas cláusulas, lo evidencia que la propia sentencia recurrida para argumentar su decisión, se remita a la póliza de 1999 y luego diga que, posteriormente, en 2008 y 2009 se suscribieron documentos suplementarios de actualización de la póliza suscrita, lo que es cierto solo en parte, pues, en los documentos a los que se remite el hecho probado tercero no se dice que la póliza enviada sea

suplementaria de las anteriores sino que en el "documento se contienen las condiciones generales y particulares de su "Contrato de Seguro" y entre ellas no figura la controvertida, tal vez porque se suprimió a partir del cambio doctrinal que supuso nuestra sentencia de 1 de febrero de 2000 .

3. Aún suponiendo, hipotéticamente, lo que no consta, que las condiciones particulares subsisten desde 1999 pese a no ser reproducidas en el articulado de la póliza, la solución sería la misma porque nos encontraríamos ante una cláusula limitativa de los derechos del asegurado y no delimitadora del riesgo.

Como se ha dicho por la jurisprudencia las cláusulas delimitativas son las que delimitan el riesgo asegurado y concretan el objeto asegurado, la cuantía indemnizatoria, la duración del seguro y otros. Por contra las cláusulas limitativas se dirigen a limitar los derechos del asegurado cuando el riesgo ya se ha producido cual ocurre en este caso en el que el accidente (riesgo asegurado) se ha producido y solo queda que se fijen las secuelas definitivas que ha dejado el siniestro, para que "ex art. 104 de la Ley del Contrato de Seguro " nazca el deber de pagar la indemnización pactada. Así lo entiende la sentencia de la Sala 1ª de este Tribunal de 22 de abril de 2016 (R. 63/2014) cuando dice: "Por su parte, las cláusulas limitativas de derechos se dirigen a condicionar o modificar el derecho del asegurado y por tanto la indemnización, cuando el riesgo objeto del seguro se hubiere producido. Deben cumplir los requisitos formales previstos en el art. 3 LCS , de manera que deben ser destacadas de un modo especial y han de ser expresamente aceptadas por escrito; formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto (sentencias 268/2011, de 20 de abril; y 516/2009, de 15 de julio).

La jurisprudencia ha determinado, de forma práctica, el concepto de cláusula limitativa, referenciándolo al contenido natural del contrato, derivado, entre otros elementos, de las cláusulas identificadas por su carácter definidor, de las cláusulas particulares del contrato y del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora. El principio de transparencia, fundamento del régimen especial de las cláusulas limitativas, opera con especial intensidad respecto de las cláusulas introductorias o particulares."

"Cuando legislativamente se estableció un régimen específico para que determinadas condiciones generales del contrato de seguro alcanzasen validez, se estaba pensando precisamente en las cláusulas que restringen la cobertura o la indemnización esperada por el asegurado. Estas cláusulas pueden ser válidas, pero para ello se requiere que el asegurado haya conocido las restricciones que introducen -es decir, que no le sorprendan que sean razonables, que no vacíen el contrato de contenido y que no frustren su fin económico y, por tanto, que no le priven de su causa."

La aplicación de esa doctrina al caso que nos ocupa habría llevado a estimar el recurso, porque la cláusula limitativa aplicada no se ha reflejado en las pólizas de seguro suscritas a partir del año 2000, mientras que si se han añadido otras condiciones particulares y se han reflejado las condiciones generales.

Cuarto. *Sobre las cláusulas limitativas y las sorpresivas.*

Sobre la calificación como cláusula limitativa, aparte lo dicho antes, debe resaltarse que las cláusulas delimitativas de la cobertura del seguro son las que concretan el objeto del contrato y fijan riesgos asegurados, el riesgo que, caso de producirse da lugar al derecho del asegurado a cobrar la prestación convenida, mientras que las cláusulas limitativas son las que condicionan o modifican el derecho del asegurado a la prestación, una vez producido el riesgo objeto del seguro, así lo reitera la reciente sentencia de la Sala Primera de este Tribunal de 29 de enero de 2019 (R. 2159/2016), pero, como señala esta sentencia, la distinción no es tan fácil porque existen cláusulas delimitativas del riesgo que lo hacen de forma tan "sorprendente" que en realidad son limitativas de derechos. Por ello, para determinar en la práctica si una cláusula es limitativa debe atenderse al contenido natural del contrato, a las cláusulas que lo identifican, incluso las particulares, y al alcance típico y usual de su objeto con arreglo a la Ley y a la práctica aseguradora (SSTS(1ª) de 22 de abril de 2016 , 14 septiembre 2016 y 29 de enero 2019).

En el presente caso nos encontramos con un seguro de accidentes colectivo, suscrito en cumplimiento de la obligación que a la tomadora del seguro le imponía el art. 60 del Convenio Colectivo , precepto, titulado "seguro colectivo de accidentes" que obligaba a la empresa a concertar un seguro en favor de todos sus trabajadores que cubriera determinadas cantidades para los supuestos de muerte o IP en sus distintas modalidades que derivasen

de cualquier accidente. La calificación de seguro de accidente colectivo de empresas de seguridad es reconocida por la aseguradora en la carátula resumen de la póliza y en la de las condiciones generales y particulares.

Consiguientemente, el seguro concertado es un seguro (colectivo) de personas (artículos 80 y 81 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre) y más concretamente un "seguro de accidentes" de los regulados en los artículos 100 a 104 de la citada Ley . De estos preceptos se desprende, al igual que del artículo 60 del convenio Colectivo , que lo cubierto es accidente que provoca una lesión corporal que produce, o acaba produciendo la muerte o la incapacidad permanente del asegurado, el trabajador en este caso. Como las lesiones pueden curar con o sin secuelas y la cuantificación del pago y el deber de abono requiere la consolidación de las secuelas, hay que esperar a la producción de tal hecho, cual previene el art. 104 de la Ley 50/1980 .

Por tanto, se sale de lo usual en el seguro de accidentes la cláusula que limita la responsabilidad de la aseguradora a la vigencia de la póliza al tiempo de declararse administrativa o judicialmente la existencia de la incapacidad permanente. Una cláusula de ese tipo restringe de forma sorprendente la cobertura del seguro con arreglo a la ley y a lo usual en la contratación y, por ende, merece la calificación de "limitativa de derechos", lo que requiere aceptación expresa de la misma por parte del tomador del seguro.

No es aceptable, conforme a lo dicho, que no estamos ante una cláusula limitativa, sino delimitadora del riesgo, cual sostiene la mayoría, al entender que lo asegurado es la incapacidad permanente que se declare durante la vigencia de la póliza porque se trata de un sofisma que parte de un concepto erróneo: lo asegurado es el accidente del que derivan los daños y no los daños en sí, cual prueba que, conforme a los artículos 1 y 4 de la Ley citada que el contrato de seguro es nulo cuando el riesgo asegurado no existe porque ya ha ocurrido el siniestro asegurado y se está en fase de cuantificar el daño causado.

Quinto. Corolario.

Conforme al art. 3 de la Ley 50/1980 , se trataría de una cláusula inaplicable y nula. Si el seguro concertado cubre el riesgo de accidentes es claro que las partes pueden delimitar el riesgo, incluso limitar los derechos del asegurado para cuando ocurra el siniestro, pero lo que no puede la aseguradora en un contrato de adhesión es incluir condiciones sorpresivas que limiten los derechos del asegurado o lo priven de ellos, cual ocurre con la condición particular tercera del clausulado que nos ocupa. En efecto, en esas condiciones, firmadas en la póliza del año 1999 pero no en las suscritas desde ese año al 2009 con redacción poco clara, pues primero se ponen dos cláusulas inocuas, como que se cubre a los trabajadores que agotan la incapacidad temporal y están en espera de que se resuelva sobre su IP y que la fecha de la IP será la que indique el órgano competente que la declara, para seguidamente, añadir la cláusula sorpresiva: que la aseguradora sólo pagará cuando la declaración de IP se produce durante la vigencia de la póliza, lo que comporta que la aseguradora no responda y quede liberada si la tomadora del seguro rescinde la póliza antes de la declaración de invalidez permanente. Esta cláusula es sorpresiva porque cambia la naturaleza del contrato que asegura el accidente y no la declaración de invalidez y en definitiva deja cautiva de la aseguradora a la empresa que tiene 12.500 empleados y siempre tendrá varios de baja por accidente, lo que la forzaría a no rescindir la póliza.

Se trata, pues, de una cláusula que hace imposible la ejecución total del contrato y lo priva de efectos pese a las importantes primas pagadas con respecto a la cobertura de los siniestros (accidentes) acaecidos al tiempo de rescindirse la póliza por voluntad de la aseguradora o de la tomadora del seguro.

Estamos, pues, ante una cláusula que deja sin efecto el seguro y vacío de contenido el contrato con respecto a los accidentes producidos que hayan dejado secuelas no consolidadas al tiempo de rescisión de la póliza. No cabe por menos que calificar la misma de sorpresiva por carecer de una redacción clara y sencilla y por limitar los derechos del asegurado que tenía un derecho expectante que dependía de su curación con o sin secuelas.

Por ello, al ser limitativa de derechos, es nula por no cumplir con los requisitos del artículo 3 de la Ley 50/1980 no sólo por su falta de claridad y precisión, sino, además, porque su contenido no se incluyó, sino que se omitió en las renovaciones de la póliza que se hicieron a partir de enero de 2000, anualmente, hasta enero de 2009, pese a que a la tomadora del seguro se le facilitaba una copia de la póliza que contenía, según la aseguradora las condiciones generales y particulares del contrato de seguro entre las que no se encontraba la que nos ocupa, hecho que acentúa la falta de transparencia con la que obró la aseguradora.

Conclusión

Las precedentes consideraciones obligaban a estimar el recurso y a declarar la responsabilidad de la Previsión General.

Madrid, 29 de enero de 2019

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.