

RESUMEN

El TS declara no haber lugar al rec. de casación confirmando la sentencia de la AP que, ratificando la del juzgado, entendió que no era aplicable la cláusula del contrato de seguro de accidentes concertado entra el actor y la aseguradora demandada, en virtud de la cual se excluían los daños corporales que se determinarían una vez transcurrido un año desde la fecha del siniestro. Considera el TS que las secuelas derivadas de la intervención a la que tuvo que someterse el actor tras el accidente de tráfico aparecen probadas de modo cierto por lo que se podían haber fijado dentro del plazo de un año desde el accidente, pero además añade que, aunque no se hubieran podido determinar dentro del mencionado plazo, no sería aplicable dicha cláusula por ser limitativa de los derechos del asegurado y no haber sido aceptada de forma expresa por el actor ya que se incluyó dentro de las condiciones generales de la póliza.

NORMATIVA ESTUDIADA

Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro
 art.3 art.10 art.16 art.20 art.89 art.100
 RD de 24 julio 1889. Código Civil
 art.1265

CLASIFICACIÓN POR CONCEPTOS JURÍDICOS

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

INDEMNIZACIÓN

Intereses a abonar por entidades aseguradoras

BUENA Y MALA FE

EN EL ÁMBITO CONTRACTUAL

CONSENTIMIENTO

VICIOS DEL CONSENTIMIENTO

Dolo

CONTRATO DE SEGURO

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Obligaciones

Recargos por demora en el pago

En general art. 20 LCS

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Aportación de información

PÓLIZA DE SEGURO

Condiciones generales y particulares

Cláusulas limitativas de derechos

Riesgos excluidos de cobertura

INDEMNIZACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS

DETERMINACIÓN Y CUANTIFICACIÓN

Importe de la indemnización

PROCESO CIVIL

PRUEBA

Valoración de la prueba

Valoración irracional o ilógica; revisable

FICHA TÉCNICA

Favorable a: *Asegurado*; Desfavorable a: *Aseguradora*

Procedimiento: *Recurso de casación*

Legislación

Aplica art.3, art.10, art.16, art.20, art.89, art.100 de Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro

Aplica art.1265 de RD de 24 julio 1889. Código Civil

Cita Ley 1/2000 de 7 enero 2000. Ley de Enjuiciamiento Civil LEC

Cita Dir. 357/1988 de 22 junio 1988. Coordinación de Legislaciones relativas al Seguro Directo Distinto del Seguro de Vida

Jurisprudencia

Resuelve el recurso interpuesto contra SAP Toledo de 19 enero 2004 (J2004/9545)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR - Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 10 octubre 2008 (J2008/178463)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO - Aportación de información STS Sala 1ª de 15 noviembre 2007 (J2007/206018)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO - Aportación de información STS Sala 1ª de 18 octubre 2007 (J2007/184382)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Cláusulas limitativas de derechos STS Sala 1ª de 17 marzo 2006 (J2006/29179)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO - Aportación de información STS Sala 1ª de 31 mayo 2004 (J2004/51819)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Cláusulas limitativas de derechos STS Sala 1ª de 14 mayo 2004 (J2004/31366)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR - Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 7 octubre 2003 (J2003/110397)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR - Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 12 marzo 2001 (J2001/5524)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Cláusulas limitativas de derechos STS Sala 1ª de 2 febrero 2001 (J2001/2005)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Cláusulas limitativas de derechos STS Sala 1ª de 16 octubre 2000 (J2000/37059)

Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 8 octubre 1999 (J1999/28272)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO - Aportación de información STS Sala 1ª de 27 octubre 1998 (J1998/25094)

Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO - Aportación de información STS Sala 1ª de 25 noviembre 1993 (J1993/10684)

JUAN ANTONIO XIOL RIOS

ROMAN GARCIA VARELA

FRANCISCO MARIN CASTAN

JOSÉ ANTONIO SEIJAS QUINTANA

VICENTE LUIS MONTES PENADES

ENCARNACION ROCA TRIAS

IGNACIO SIERRA GIL DE LA CUESTA

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a veinte de abril de dos mil nueve

Visto por la Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los Magistrados al margen indicados, el recurso de casación contra la sentencia dictada en grado de apelación por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Toledo, como consecuencia de autos de juicio ordinario 99/2002, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia número 3 de Toledo, cuyo recurso fue preparado ante la Audiencia Provincial de Toledo por la representación procesal " DKV Seguros y Reaseguros,SAE", y como parte recurrida la Procuradora Dª Rosalia Rosique Samper, en nombre y representación de D. Pedro Francisco.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- 1.- La Procuradora Dª Dolores Rodríguez Martínez, en nombre y representación de D. Pedro Francisco interpuso demanda de juicio ordinario, contra La entidad Previaasa Seguros S.A. y alegando los hechos y fundamentos de derecho que consideró de aplicación, terminó suplicando

al Juzgado se dictara sentencia por la que se condene a la parte demandada al pago de 172.566,19 Euros (28.712.598 pesetas) de indemnización, más intereses, así como al pago de las costas de conformidad con el artículo 394 de la LEC .

2.- La Procuradora D^a María José Díaz Fieiras, en nombre y representación de La Entidad DKV Seguros y Reaseguros SAE (en adelante DKV), contestó a la demanda y oponiendo los hechos y fundamentos de derecho que consideró de aplicación, terminó suplicando al Juzgado dictase en su día sentencia desestimatoria de la demanda por cualquiera de las razones expuestas en la contestación formulada, declarando ajustada a Derecho la actuación de mi mandante y ratificando que el actor carece de derecho a ser indemnizado y subsidiariamente declare: Que con fundamento en el art. 10 LCS desestime totalmente la demanda rectora de las presentes actuaciones planteadas de contrario, declarando la improcedencia de indemnización alguna a favor del actor, con base en la circunstancia acreditada de que omitió dolosamente en el momento de la contratación, el hecho de padecer una patología preexistentes todo lo cual hubiese inclinado a mi mandante a no contratar la póliza con el mismo, existiendo por tanto una nulidad radical del contrato ex inicio, o alternativamente que se desestime totalmente la demanda planteada de contrario, declarando la improcedencia del abono de indemnización alguna con base en la circunstancia acreditada de que la fijación de las secuelas ha excedido la delimitación de un año establecida en el artículo 26 de las Condiciones Generales, o alternativamente, conforme a lo prevenido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro , se desestime la demanda planteada declarando la improcedencia de la indemnización reclamada, por defecto de información sobre el alcance del siniestro durante el transcurso de casi cuatro años, o, de la misma forma se desestime la demanda con fundamento en la mala fé del asegurado había cuenta de la acreditación probatoria de poder realizar vida normal y no tener ninguna declaración oficial de invalidez ni secuela a efectos laborales o alternativamente, en base a no ser conforme la interpretación analógica de la valoración de las secuelas realizada al amparo de lo prevenido en el artículo 4 del condicionado general. Imponiendo expresamente las costas a la actora por su temeridad en la reclamación planteada con manifiesto abuso de derecho y extralimitación cuantitativa con base a lo expuesto en esta contestación a la demanda.

3.- Previos los trámites procesales correspondientes y práctica de la prueba propuesta por las partes y admitidas el Ilmo. Sr. Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia número 3 de Toledo, dictó sentencia con fecha 20 de enero de 2003, cuya parte dispositiva es como sigue: FALLO: Que estimando parcialmente la demanda interpuesta por D. Pedro Francisco contra Previa Seguros, S.A. (DKV Seguros y Reaseguros, SAE), debo condenar y condeno a ésta a que pague al actor la cantidad de once mil setecientos setenta y nueve euros con ochenta y cuatro centimos (11.779,84 euros), más los intereses indicados en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro que no podrán ser inferiores al 20% anual, desde la fecha del siniestro y hasta el completo pago, sin imponer las costas del procedimiento a ninguna de las partes.

SEGUNDO.- Interpuesto recurso de apelación por la representación procesal de DKV Seguros y Reaseguros SAE y D. Pedro Francisco, la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Toledo, dictó sentencia con fecha 19 de enero de 2004, cuya parte dispositiva es como sigue: FALLAMOS: Desestimando íntegramente el recurso deducido por la representación procesal de DKV SEGUROS Y REASEGUROS SAE, y estimando en parte el igualmente formulado por la de D. Pedro Francisco frente a la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de Toledo en autos de Juicio Ordinario núm. 99/02 seguidos ante el mismo, debemos revocar y revocamos parcialmente aquella en el único sentido de incrementar el importe de la cuantía establecida en concepto de principal (11.778,84 euros) en 32.454,65 euros, quedando definitivamente fijada en 44.233,49 euros, manteniendo inalterados el resto de sus pronunciamientos, condenando a DKV SEGUROS Y REASEGUROS al abono de las costas causadas en esta alzada por la interposición de su recurso, sin expreso pronunciamiento de condena respecto de la generadas por el recurso parcialmente estimado.

TERCERO.- 1.- Contra la expresada sentencia preparó y después interpuso recurso de casación la representación procesal de DKV SEGUROS Y REASEGUROS SAE con apoyo en los siguientes MOTIVOS: PRIMERO.- Infracción de los artículos 10 y 89 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro y vulneración de la Directiva 357/88 de la CEE en cuanto a la trasposición literal de dicha Norma en nuestro Ordenamiento Jurídico y arts. 1265 y ss C.Civil en relación con dolo contractual o culpa (vicio contraíendi) de carácter intelectual, desarrollado por el Asegurado, ocultando circunstancias significativas en relación con su estado de salud, determinantes para viciar la formación de la voluntad contractual de la aseguradora. SEGUNDO.- Subsidiariamente, con respecto al mismo fundamento expresado y sus consideraciones, que no reiteramos, por inaplicación de la pacífica jurisprudencia del Tribunal Supremo que además configura la nulidad de los contratos y que exige analizar si concurría dolo o culpa grave, configurando el dolo como la conducta del que calla o no advierte debidamente de lo que sabe: Sentencias de Tribunal Supremo de 27 de octubre de 1998, 31 de diciembre de 1998, 26 de julio de 2002, 30 de enero de 2003. TERCERO.- Infracción del art. 3º LCS y de los principios de libertad de contratación y de establecimiento de condiciones contractuales específicas entre las partes. Infracción Jurisprudencial: Sentencia T.Supremo de 8 de octubre de 1999. CUARTO.- Infracción del artículo 10 de la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro , por inaplicación de la pacífica Jurisprudencia del Tribunal Supremo, que configura el deber del tomador o asegurado como un deber de respuesta, liberándole de la carga de valorar lo que es relevante de lo que no lo es, ya que esta carga corresponde a la aseguradora, que refleja mediante preguntas en el cuestionario previo lo que considera relevante: Sentencias del T.Supremo 2 de diciembre de 1997, 7 de febrero de 2001, 30 de enero de 2003. QUINTO.- Infracción del art. 16 Ley de Contrato de Seguro acerca del incumplimiento del deber de información de las circunstancias del siniestro. SEXTO.- Falta de congruencia "in iudicandum", por error omisivo al no resolver la sentencia sobre la cuestión de la inexistencia invalidez y de baja laboral como funcionario acreditada en el seguimiento del lesionado acreditativas del mecanismo de fraude social puesto en marcha por el mismo. Petitun cuarta del suplico de la demanda reiterada en apelación. Infracción de Jurisprudencia pacífica: Sentencia T. Supremo de 21 de diciembre de 2001. SEPTIMO.- Error de interpretación de

prueba en cuanto a la extensión de la cobertura de baja diaria otorgada desde el 14 de enero de 1998 hasta el 6 de agosto de 1999. Error in iudicandun. OCTAVA.- Interpretación irracional e ilógica del contrato en relación con el art. 4 de la C.Generales de la póliza y las secuelas resultantes de accidente. NOVENA.- Impugnación del Fundamento Séptimo por infracción de Ley, Doctrina Legal y Jurisprudencial respecto al artículo 20.8 de la Ley de Contrato de Seguro : Sentencias TS. 6 de febrero de 1995, 8 de abril de 1996, 10 de octubre de 1999, 13 de junio de 2001.

Remitidas las actuaciones a la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, por auto de fecha 15-1-2008 se acordó admitir el recurso interpuesto y dar traslado a la parte para que formalizen su oposición en el plazo de veinte días.

2.- Admitido el recurso y evacuado el traslado conferido, la Procuradora D^a Rosalía Rosique Samper, en nombre y representación de D. Pedro Francisco presentó escrito de impugnación al mismo.

3.- No habiéndose solicitado por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para votación y fallo el día 26 de marzo del 2009, en que tuvo lugar.

Ha sido Ponente el Magistrado Excmo. Sr. D. JOSÉ ANTONIO SEIJAS QUINTANA,

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- D. Pedro Francisco reclamó a PreviaSA Seguros SA (DKV Seguros y Reaseguros SAE) el pago de 172.566,19 Euros, más los intereses legales correspondientes, en concepto de indemnización debida como consecuencia del accidente de tráfico sufrido el día 14 de enero de 1998. Dicha reclamación venía amparada en la Póliza de Seguro de accidentes suscrita con la citada aseguradora el día 1 de diciembre de 1997, la cual se opuso al pago, alegando las siguientes excepciones: a) Dolo contractual del asegurado al realizar la declaración de las circunstancias que podían influir el riesgo asegurado; b) delimitación de las secuelas cuya indemnización reclama más allá del tiempo establecido en el contrato; d) incumplimiento de la obligación de informar a la demandada sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y e) falta de la obligación de pago de los gastos de transporte y de asistencia sanitaria reclamados. La sentencia fue estimada parcialmente en ambas instancias, condenando a la aseguradora en la primera al pago de 11.779,84 euros, que se incrementó en la segunda, quedando definitivamente fijada en 44.233,49 euros, con más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro .

SEGUNDO.- En el primero de los motivos, DKV Seguros y Reaseguros denuncia infracción de los artículos 10 y 89 de la Ley 50/1908, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, de la Directiva 357/88 CEE y del artículo 1265 y siguientes del Código Civil . Debe precisarse que en el escrito de preparación del recurso no se hizo mención de la Directiva, como tampoco del artículo 1265, que se acompaña además del "y siguientes", con lo que deja de concretar qué preceptos exactamente han podido ser infringidos, ni del artículo 89 de la LCS . El motivo mezcla, también, cuestiones de índole fáctica, no obstante lo cual resulta relevante en cuanto a la interpretación del artículo 10, que considera errónea, por entender, en contra de lo que afirma la Audiencia, que no se presume la buena fe del asegurado al declarar las circunstancias que afectan al riesgo; que resulta incorrecta la apreciación que ha hecho de no expresar haber padecido un infarto de miocardio, así como del término "prolongado", utilizado en el formulario de declaración para preguntar sobre los periodos de baja laboral, como susceptible de dar lugar a interpretaciones divergentes, y que tampoco resulta cierto que el riesgo por el que se reclama no tiene relación alguna con haber padecido el infarto no declarado. El motivo se analiza conjuntamente con el segundo y cuarto sobre la apreciación de dolo o culpa grave y sobre el deber de respuesta del tomador de seguro, con cita de distintas sentencias de esta Sala.

Todos ellos se desestiman. Dice el artículo 10 de la LCS que "el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él". La buena fe que informa este artículo, cuando impone al tomador un deber de contestación o respuesta sin reservas ni inexactitudes de lo que se le pregunta, tiene como finalidad que el asegurador pueda conocer con exactitud el riesgo objeto de cobertura antes de contratar, y aun siendo de aplicación a toda clase de seguros, está especialmente condicionada en función del que se contrata pues no toda omisión influye de la misma forma en la valoración del riesgo ni conlleva la liberación de la entidad aseguradora del pago de la prestación, sino tan solo la de aquellas circunstancias por él conocidas actuando con dolo o culpa grave determinante de la celebración de un contrato que, de otra, forma la aseguradora no hubiera concertado en las mismas condiciones (SSTS 27 de octubre de 1998; 25 de noviembre de 1993; 31 de mayo de 2004; 17 de octubre de 2007, entre otras); dolo que la jurisprudencia ha definido como la "reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubiera influido decisivamente en la voluntad de celebrarlo" (STS 15 de noviembre de 2007, y las que cita).

En el caso, el contrato suscrito por el demandante fue un seguro de accidentes en el que, a diferencia del seguro de vida o de enfermedad, el riesgo viene determinado por la producción de un accidente, en la forma que define el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro . En el cuestionario de valoración del riesgo firmado por el demandante se le interroga en torno a si ha padecido enfermedades o accidentes que le hayan hecho interrumpir

su trabajo durante un tiempo prolongado, expresando únicamente que ha sufrido un esguince cervical como consecuencia de una caída. Se omite que sufrió un infarto de miocardio y que padece hipercolesterolemia y diabetes mellitus, si bien controlada con dieta

Son hechos probados de la sentencia que no consta que el asegurado conociera que sufría hipercolesterolemia o que fuera consciente de que padecer un tipo determinado de diabetes fuera considerada como enfermedad, como tampoco que dichos padecimientos le hubieran provocado una interrupción de su trabajo durante un tiempo prolongado. En cuanto al infarto de miocardio, si bien es cierto que estuvo de baja durante varios meses, advierte sobre el carácter relativo del término "prolongado" que se especifica en el cuestionario. Partiendo de estos hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial fija y valora se llega a la conclusión de que no existe dolo o culpa grave. La razón decisoria de la resolución recurrida no descansa en las omisiones relativas a los padecimientos dichos, ni en las reticencias e inexactitudes respecto a los datos de salud que sí conocía, como era el infarto, sino en la valoración del término "prolongado", que puede prestarse a equívocos y, especialmente, en el hecho fundamental de que aquellas omisiones nada tenían que ver con la póliza de accidentes suscrita en la que, a diferencia de la de enfermedad o vida, no resultaban fundamentales para configurar el riesgo pretendido y aceptado mediante la Póliza; comportamiento que no resulta razonable incardinar en el supuesto de dolo o culpa grave del párrafo tercero del artículo 10, cuando la aseguradora pudo valorar adecuadamente el riesgo específico del seguro de haber elaborado un cuestionario más concreto y adecuado, máxime cuando el tomador actuaba de buena fe al ignorar la influencia que tales omisiones pudieran tener en la valoración del riesgo puesto que desconocía el alcance estos antecedentes con relación a la póliza que deseaba suscribir, y ninguna incidencia objetivable tuvieron las lesiones sufrida en la determinación del riesgo, que no era la enfermedad o invalidez o muerte causadas por aquellas, sino exclusivamente los accidentes, como el de tráfico que determinó el daño.

El resultado sería el mismo a partir de una valoración distinta de la violación del deber de declaración impuesto al tomador, más pensada en la posible frustración de la finalidad del contrato por haber recibido la aseguradora datos inexactos, que en el comportamiento del asegurado, desde la idea de que más que un interés en procurarse una información adecuada de la persona con la que contrata, lo que pretende es celebrar el contrato para, una vez sobrevenido el siniestro, liberarse del pago de la prestación mediante la denuncia de omisiones o inexactitudes, constitutivas de dolo o culpa grave del tomador, que nada tienen que ver con el riesgo objeto de cobertura y que vienen propiciadas por el cuestionario previo, sumamente genérico y escueto, en el que no se hace referencia a concretos padecimientos que, de considerar que podían haber tenido influencia, debieron especificarse claramente en el mismo, como exige el artículo 10 de la LCS .

TERCERO.- En el motivo tercero se denuncia infracción del artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro . Discrepa de la calificación de la Audiencia de la cláusula recogida en el artículo 4 de las Condiciones Generales de la Póliza como limitativa del derecho del asegurado, sobre el límite temporal de un año para la determinación de las secuelas definitivas, oponiéndose a la sentencia de 8 de octubre de 1999. La cláusula es del tenor literal siguiente: "Si como consecuencia de un accidente, se ocasiona al asegurado una invalidez permanente, comprobada y fijada en el término de un año desde la fecha de la ocurrencia del accidente, el asegurador abonará al asegurado la indemnización correspondiente". En el presente caso, la sentencia de la Audiencia, ratificando la del Juzgado, entiende que no es aplicable la exclusión de los daños corporales sufridos como riesgo objeto de cobertura, al considerar que la cláusula que lo menciona no es delimitadora sino limitativa, "en tanto claramente aquella opera para excluir el derecho del asegurado una vez se ha producido el siniestro y que, de no ser por esa limitación temporal, quedarían incluidos en el riesgo que se define en el artículo 1 de las Condiciones Generales", de tal forma que al no existir una aceptación expresa de las condiciones generales de la póliza -hecho probado- dicha circunstancia impide la aplicación de tal exclusión. Pero es que, incluso, al margen del carácter que se da a la misma, y de la propia literalidad de la citada limitación temporal "las secuelas derivadas de la intervención (artrodesis) aparecen probadas de modo cierto, siendo susceptible de ser fijada en el término de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente". Es decir, la sentencia parte de una doble consideración, jurídica y fáctica, para hacer inviable la aplicación de la cláusula en cuestión. La segunda no ha sido combatida, mientras que la primera, sobre la consideración, limitativa o no, ha sido correctamente resuelta.

La sentencia de 11 de septiembre de 2006, y las que en ella se citan, distingue las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado -las cuales están sujetas al requisito de la específica aceptación por escrito por parte del asegurado que impone el artículo 3 LCS -, de aquellas otras que tienen por objeto delimitar el riesgo, susceptibles de ser incluidas en las condiciones generales y respecto de las cuales basta con que conste su aceptación por parte de dicho asegurado. Según la STS de 16 octubre de 2000, "la cláusula limitativa opera para restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido, y la cláusula de exclusión de riesgo es la que especifica qué clase de ellos se ha constituido en objeto del contrato. Esta distinción ha sido aceptada por la jurisprudencia de esta Sala (sentencia de 16 de mayo de 2000 y las que cita)". Las cláusulas delimitadoras del riesgo son, pues, aquellas mediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando que riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla. La jurisprudencia mayoritaria declara que son cláusulas delimitativas aquellas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial (SSTS 2 de febrero 2001; 14 mayo 2004; 17 marzo 2006).

En el caso, la cobertura que define las condiciones particulares y generales es la invalidez temporal o permanente o la muerte que se produzca como consecuencia de un accidente, sin ninguna otra matización o especificación. Es decir, y así lo señala con acierto la sentencia del Juzgado, que acepta la que ahora se recurre, "una vez definida la garantía cubierta en los amplios términos ya indicados, en un artículo de las CG (cuyo objeto, además, no es la

delimitación del riesgo sino la determinación de los criterios indemnizatorios por invalidez permanente) se restringe la cobertura para el supuesto que la invalidez se compruebe y fije en el término de un año desde el accidente, o lo que es lo mismo, se reduce o limita el ámbito del temporal responsabilidad de la aseguradora, quedando excluidos del ámbito del contrato todos aquellos supuestos de muerte o invalidez que se comprueben y fijen después del año de producción del siniestro lo que implica, en suma, que la cláusula en cuestión... no es simplemente definitoria sino claramente limitativa de lo que en principio es objeto de cobertura y por ello debe ser expresamente aceptada por el asegurado, de forma que pueda conocer los derechos o beneficios que ostenta o, por el contrario, de los que carece y por los que no puede reclamar..."; con lo cual las limitaciones que contiene referida cláusula no las puede imponer la recurrente y ampararse en ella para no cumplir lo convenido en la relación contractual actuando a favor del asegurado conforme a la cobertura perfectamente determinada en las Condiciones Particulares.

La cita de una sola sentencia no basta para poder afirmar que se ha infringido la jurisprudencia (o el ordenamiento interpretado y complementado por ella). Es preciso que más que una sentencia haya resuelto la cuestión en un mismo sentido, que sea reiterada, y la única que se cita en el motivo - STS 9 de octubre de 1999 - toma como referencia una póliza de seguro colectivo de accidentes en la que se establece que "se entiende por accidente toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del asegurado y que cause su fallecimiento o su invalidez permanente dentro del periodo de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión", es decir se establece una doble delimitación contractual del riesgo pues de una parte se considera como tal el fallecimiento o la invalidez permanente, no la temporal, y de otra se requiere que el fallecimiento o la invalidez permanente se produzcan "dentro del periodo de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión", lo que no ocurre en el caso enjuiciado pues la definición contenida en el artículo 1 de las CG no exige que la muerte o la invalidez se produzcan en el plazo de un año.

CUARTA.- Los motivos quinto, sexto y séptimo deben ser rechazados. El quinto porque hace una lectura interesada de un hecho declarado en la sentencia, referido al deber de información. El sexto y el séptimo porque exceden de la pretensión impugnatoria de la preparación y porque plantean cuestiones ajenas al ámbito del recurso de casación: incongruencia y error de interpretación de la prueba en cuanto a la extensión de la cobertura, sin citar en ninguno de ellos precepto alguno que pudiera haber sido infringido por la sentencia, lo que tampoco se hace en el octavo, referido a la interpretación irracional e ilógica de la Póliza y a las secuelas resultantes del accidente.

QUINTO.- El noveno denuncia infracción del artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, en lo que se refiere a la imposición de intereses, con cita de la doctrina de esta Sala sobre la consideración de la necesidad de acudir a un procedimiento judicial para delimitar el derecho a la indemnización del asegurado. Se desestima como los anteriores. Esta Sala ha declarado en reiteradas ocasiones que la indemnización establecida en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro tiene desde su génesis un marcado carácter sancionador y una finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador, cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización capaz de proporcionar la restitución íntegra del derecho o interés legítimo del perjudicado. Este carácter y finalidad, junto con la función económica a la que sirve, han propiciado una interpretación rigorista del precepto que se ha puesto de manifiesto, entre otros aspectos, a la hora de apreciar la concurrencia de una causa justificada capaz de excluir la mora del asegurador, justificación que debe apreciarse en cada caso, teniendo siempre en cuenta la finalidad del precepto (STS 10 de octubre de 2008). De esa forma, se ha venido descartando que la mera existencia de un proceso, o el hecho de acudir al mismo, sea causa "per se" justificada del retraso, ni, en consecuencia, que el proceso constituya un óbice para imponer a la aseguradora los intereses, siempre que no se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de "incertidumbre o duda racional" -Sentencias de 12 de marzo de 2001 y 7 de octubre de 2003 -, pues de no entenderlo así, se llegaría al absurdo de que la mera oposición procesal de la aseguradora demandada, generadora por sí de la controversia, eximiría de pagar intereses. Y es evidente que en el caso se pretende evitar el pago mediante la exclusiva cita de diversas sentencias de esta Sala, lo que no es bastante para enervar la obligación que se le impone ante de la ausencia de alegación y de acreditación cumplida de los hechos en los que se fundamenta la sentencia para negarlos, referida, de un lado, a la negativa injustificada a indemnizar al demandado en función de la suma interesada dentro del plazo previsto en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro por causa justificada, y, de otro, a las circunstancias por las que no procedió al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

SEXTO.- La desestimación de todos los motivos del recurso conlleva la declaración de no haber lugar al mismo y la imposición de las costas a la parte recurrente; todo ello de conformidad con lo establecido en el art. 398.1 en relación con el 394, ambos de la LEC.

Por lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLO

Declarar no haber lugar al recurso de casación interpuesto por la Procuradora D^a María José Díaz Feiras, en la representación procesal que acredita de la entidad DKV Seguros y Reaseguros SAE, contra la Sentencia dictada por la Sección 1^a de la Audiencia Provincial de Toledo, y condenamos a la parte recurrente al pago de las costas procesales causadas en el recurso.

Publíquese esta resolución con arreglo a derecho, y devuélvanse a la Audiencia los autos originales y rollo de apelación remitidos con testimonio de esta resolución a los efectos procedentes.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos Juan Antonio Xiol Ríos.- Román García Varela.- Francisco Marín Castán.- José Antonio Seijas Quintana.- Vicente Luis Montés Penadés.- Encarnación Roca Trías.- Ignacio Sierra Gil de la Cuesta.-Firmado y Rubricado.- Publicación.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por el EXCMO. SR. D. José Antonio Seijas Quintana, Ponente que ha sido en el trámite de los presentes autos, estando celebrando Audiencia Pública la Sala Primera del Tribunal Supremo, en el día de hoy; de lo que como Secretario de la misma, certifico.

Número CENDOJ:28079110012009100281