

MERCANTIL

SEGURO DE ACCIDENTES.
INFARTO
(CASO PRÁCTICO)

Núm.
88/2005

JOSÉ MANUEL SUÁREZ ROBLEDANO
Magistrado

ENUNCIADO

Por medio de la correspondiente póliza de seguro de accidentes, se concertó en su día uno colectivo de tal clase por la empresa a la que pertenecía el asegurado fallecido posteriormente, para la eventualidad consistente en que se tendría que abonar la cantidad de 60.000 euros si se daban los supuestos de siniestro por accidente previstos en el condicionado de la póliza que, en lo que interesa, establecía la siguiente definición de accidente: «la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del asegurado, que produzca invalidez permanente o muerte».

La circunstancia concreta en la que ocurrió el fallecimiento del marido de la esposa beneficiaria del seguro consistió en la muerte del mismo ocurrida a consecuencia de un infarto de miocardio agudo sufrido en el momento en el que desarrollaba su trabajo en la empresa en la que prestaba sus servicios.

Producido el siniestro referido o accidente, sin que se satisfaga la indemnización fijada en la póliza de seguro referida, se comprueba la existencia de una segunda póliza que cubría, al parecer, el mismo riesgo de accidente, esta vez suscrita por el propio trabajador a título particular, concertada con anterioridad al siniestro ocurrido y al propio fallecimiento del mismo.

Además, ante la negativa al pago voluntario y una vez terminadas las comprobaciones pertinentes realizadas por la aseguradora, se cuestiona por la aseguradora la procedencia de satisfacer la reclamación planteada por la viuda del asegurado por cuanto estima que existía otra garantía aseguradora que no se comunicó debidamente a la misma y, además, por tratarse de supuesto no cubierto por ella.

CUESTIONES PLANTEADAS:

- a) ¿Cómo y en qué medida incide la existencia de un seguro de accidentes en el caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de un infarto agudo de miocardio, al debatirse si dicha causa de muerte está incluida en la cobertura pactada en el seguro referido de carácter colectivo?
- b) ¿Alcanza la posible responsabilidad del seguro colectivo de accidente en el caso de la existencia de una segunda cobertura pactada a título individual por el asegurado y no comunicada a la aseguradora de dicho seguro colectivo?

- c) ¿Cuáles serán las indemnizaciones que pueden reclamarse frente a la aseguradora del seguro colectivo de accidentes antes referido, además de las propiamente derivadas del fallecimiento?

SOLUCIÓN

a) La Ley de Contrato de Seguro (LCS) regula el denominado seguro de accidentes en sus artículos 100 y siguientes, como una modalidad específica del seguro de personas, siendo perfectamente posible que la garantía del riesgo referido se pacte o establezca de forma colectiva ya que así se dispone expresamente en el artículo 81 de dicha Ley. El referido precepto dispone que la concertación de dicho seguro colectivo de accidentes precisa, como requisito o exigencia general establecida para todos los seguros de personas que el grupo de personas aseguradas esté delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse.

La doctrina jurisprudencial más autorizada ha venido a establecer que los seguros colectivos o de grupo se caracterizan porque en ellos se da una pluralidad de obligaciones distintas e independientes con cada una de las personas que integran el grupo en cuestión, lo que implica la división del contrato en diversas relaciones aseguradoras que se individualizan en cada uno de los miembros del grupo, pudiéndose producir una separación entre la duración de los efectos del contrato de seguro y la de cada una de las relaciones individualizadas ya que, durante la vigencia de la póliza, puede producirse un incremento en el número de los componentes del grupo o una disminución por la baja de alguno de ellos, lo que no tiene por qué coincidir con los momentos inicial o final de la vigencia de la póliza referida.

En dicho tipo de seguro, conceptualizado como de carácter complementario de las prestaciones de la Seguridad Social, las obligaciones de la Compañía de Seguros nacen a consecuencia de la incapacidad o muerte que se ocasione, siendo la fecha de la declaración de incapacidad o de la muerte producidas al concretarse el riesgo asumido los hechos que determinan el nacimiento de la obligación de indemnizarlos por aplicación del condicionado general de la póliza concertada.

De conformidad con las previsiones legales establecidas sobre dicho seguro de accidentes, debiendo estarse a la concreción específica del riesgo asegurado que se venga a pactar en la póliza de seguro de accidentes, se ha de entender por tal la lesión corporal que derive de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte. Se les aplican las disposiciones establecidas para el seguro de vida en sus artículos 83 al 86 y 87, párrafo primero, de la LCS, referidas a las personas aseguradas y a los beneficiarios del seguro concertado.

Por lo que se refiere a la cuestión planteada, ha de tenerse en cuenta que la doctrina jurisprudencial viene declarando de forma directa o por razonamiento contrario (Ss. de 5 de marzo de 1992, 13 de febrero y 19 de abril de 1996, 23 de octubre de 1997, 20 de junio de 2000, 5 de junio de 2001, 14 de noviembre de 2002 y 11 de noviembre de 2003, entre otras) que, si bien el infarto de miocardio no está comprendido en los supuestos del artículo 100 de la LCS, salvo estipulación, sin embargo debe comprenderse dentro del seguro de accidentes cuando tenga su génesis en una causa externa; y a tal efecto se ha tomado en consideración la causa inmediata consistente en la presión y el *stress* consecuencia del aumento de trabajo (Sentencia de 14 de julio de 1994), el esfuerzo físico en el desarrollo del trabajo para el que se hallaba capacitado (Sentencia de 27 de diciembre de 2001),

y el esfuerzo y tensiones en el desempeño del trabajo (Sentencia de 27 de febrero de 2003), cuyos supuestos guardan una gran similitud con la que es objeto de esta causa.

Y esta exposición de la doctrina jurisprudencial, que implica la no admisión de la exclusión absoluta y en todo caso del infarto de miocardio como incluido en las exclusiones del artículo 100, ha de ser considerada en el caso propuesto, de tal manera que se ha de entender comprendida la causa del fallecimiento producido en la misma sede laboral o a consecuencia del trabajo desarrollado en ella, de tal manera que fallecido el esposo de la beneficiaria de un accidente cardiovascular durante su jornada laboral, habiendo estado sujeto a particular esfuerzo, atendida la naturaleza del trabajo del fallecido, unido sin duda a una especial, pero desconocida, predisposición al infarto que ha de presumirse por el hecho de su fallecimiento por tal causa, pero que es indiferente en este caso, pues la propensión a sufrir un accidente de cualquier tipo no es igual en todos los asegurados, ha de entrar en juego la obligación establecida en la póliza de seguro de accidentes colectivo y surgir la obligación indemnizatoria establecida en ella.

b) La cobertura correspondiente al seguro de accidentes colectivo referido concurre, según la exposición realizada, con la existencia de otra póliza de accidentes realizada a título individual por el asegurado fallecido, sin que su existencia hubiera sido comunicada en momento alguno a la aseguradora del seguro colectivo o de grupo frente a la que se reclama el pago de la indemnización por la beneficiaria, viuda del fallecido a consecuencia de un infarto de miocardio agudo en el lugar de su trabajo.

Ello no significa que la responsabilidad y la derivada inmediata obligación de pago de la indemnización correspondiente venga a ceder por dicha falta de comunicación de la existencia de otra póliza individual de seguro de accidentes a favor de la misma beneficiaria ya que, de forma expresa y sin lugar a duda alguna en cuanto a la legalidad de dicha concurrencia y consecuente falta de comunicación, el artículo 101 de la LCS establece que la existencia de otra póliza de accidentes ha de ser comunicada a la aseguradora del seguro anterior, en este caso el colectivo de accidentes suscrito en primer lugar, aunque, de forma inmediata y pensando en dicha eventualidad de duplicidad, dispone que lo único o a lo más que dará lugar el incumplimiento de dicho deber es a la posibilidad de que la aseguradora reclame una indemnización de daños y perjuicios derivados de dicha ausencia de comunicación de la existencia de una posterior cobertura individual de accidentes no participada oportunamente a la aseguradora del seguro de accidentes colectivo o de grupo, no pudiendo deducir cantidad alguna de la suma asegurada por dicho motivo.

La doctrina jurisprudencial ha venido a establecer al respecto que:

«Como conclusión de todo lo dicho hasta ahora puede afirmarse que estamos en presencia de una cobertura dual, coincidente, entre la de la Mutua laboral y la compañía aseguradora del accidente, pero es el trabajador-accidentado el que puede exigir a una u otra obligada que corra con los costes de la asistencia sanitaria. No se plantea en el presente caso de forma directa si existe una concurrencia de seguros sobre el mismo objeto y si, por ello, cualquiera de los obligados a la prestación puede exigir del otro, tras atender en exclusiva el siniestro, el pago proporcional de la parte que le corresponda. En esta materia, el artículo 32 de la LCS, para los seguros de daños, prevé que, cuando cubren un mismo riesgo los distintos contratos de seguro celebrados por el mismo tomador con diversos aseguradores, si no concurre dolo ni sobreseguro, cada uno de los aseguradores, que frente al asegurado responden por la totalidad de la indemnización, en las relaciones internas pueda exigir la contribución de los res-

tantes al abono de la indemnización en proporción a la propia suma asegurada. Sin embargo, tratándose de seguros de personas, no hay una disposición genérica, aunque el artículo 101, para el seguro de accidentes, prevé que el tomador debe comunicar a su aseguradora la existencia de otros seguros iguales relativos a la misma persona, aunque la sanción caso de no hacerlo sólo puede dar lugar a una reclamación por daños y perjuicios que tal comportamiento origine. No existe en esta clase de seguros la posibilidad de exigir de las otras aseguradoras la parte de cobertura que proporcionalmente le podría corresponder, en atención a la suma asegurada. Todo lo anterior hace referencia a la regulación de la concurrencia de seguros privados y no es aplicable al caso ahora examinado, pues uno es un seguro privado (incluso de personas, que no permite la distribución de la prestación entre los aseguradores) y el otro es una cobertura de la asistencia sanitaria por una entidad gestora de la Seguridad Social, tratándose de dos coberturas de naturaleza diversa, que no permite aplicar la normativa vigente para contratos exclusivamente privados, careciendo, además, de norma específica. En este sentido se pronuncia la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 19 de junio de 2001, que desarrolla con abundantes argumentos la materia y llega a idéntica conclusión que la que ahora se defiende.»

c) Cuáles serán las consecuencias económicas de la posible indemnización a cargo de la aseguradora en el caso planteado viene determinado en razón del límite o suma establecida en la póliza del contrato de seguro colectivo de accidentes concertado en su día. Habrá que estar, pues, a la cantidad fijada o establecida en el contrato de seguro como indemnización a satisfacer a favor de la beneficiaria reclamante, viuda del fallecido a consecuencia de un infarto de miocardio agudo ocurrido durante la prestación de su trabajo en la empresa que concertó dicho seguro colectivo de accidentes.

La existencia de gastos sanitarios ocasionados a consecuencia de la atención sanitaria del asegurado fallecido, y devengados ocasionalmente durante su tratamiento anterior a su propio fallecimiento, tiene un tratamiento específico en el artículo 103 de la LCS al disponerse que serán los mismos de cuenta del asegurador siempre que así se haya establecido expresamente en la póliza del contrato de seguro y que la asistencia haya tenido lugar en las condiciones previstas en el contrato de seguro, incluyéndose en todo caso los gastos ocasionados por la asistencia devengada por la atención de carácter urgente.

Desde el punto de vista jurisprudencial, se ha dicho que:

«Cabe añadir, únicamente, que los riesgos que se incluyen en la póliza y en el recibo son los que determina el precepto mencionado, a los cuales se adiciona la asistencia sanitaria, ilimitada, ya que, de otro modo y a tenor de lo prevenido en el artículo 103 de la LCS, únicamente las necesarias asistencias urgentes correrían a cargo del asegurador.»

SENTENCIAS, AUTOS Y DISPOSICIONES CONSULTADAS:

- SSTS de 14 de junio de 1994, 16 de mayo de 1996, 14 de noviembre de 2002 y 4 de febrero y 27 de noviembre de 2003.
- SAP de Murcia (Secc. 4.^a), de 19 de octubre de 2004.