

Póliza de seguro asociado a préstamo hipotecario

José Ignacio Esquivias Jaramillo

Fiscal. Fiscalía Provincial de Madrid (España)

jesquivias1959@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0001-8015-8964>

Enunciado

El 25 de marzo del 2020 don Justo Tácito García suscribió con la aseguradora La Fraternidad un seguro de vida que estaba vinculado a un préstamo hipotecario con una entidad bancaria (uno de los beneficiarios de la póliza, además de los legítimos herederos designados). El seguro cubriría como contingencia la previsión de una incapacidad absoluta permanente para el trabajo y se haría efectivo una vez producido el fallecimiento. Con fecha de 25 de marzo de 2023 don Justo canceló el seguro. Pero antes, en el mes de septiembre de 2021, se le diagnosticó una enfermedad irreversible que le impidió trabajar durante varios meses. Fue el 24 de julio del 2023 cuando se le concedió la incapacidad permanente absoluta para el trabajo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Falleció el 12 de diciembre de este año. Durante los meses de baja los partes médicos indicaban siempre que la causa de la baja era la enfermedad ELA. Presentada la reclamación a la compañía de seguros, esta se negó a satisfacer las cantidades concertadas más los intereses a que hace referencia el artículo 20 de la Ley del contrato del seguro, atendiendo a lo pactado en el contrato y que la fecha del reconocimiento de la incapacidad permanente se produce una vez dada de baja la póliza. La entidad bancaria, por su parte, entiende que está legitimada como beneficiaria para reclamar, a su vez, el importe correspondiente.

Antes del deceso, don Justo tenía, a su vez, contratada otra póliza con la misma compañía, que modificó unos meses después sin recibir ningún documento acreditativo, para incluir una indemnización complementaria para el caso de accidente. En las condiciones particulares se preveía la contingencia por el fallecimiento por accidente, excluyéndose, por remisión a las condiciones generales, la indemnización derivada de un accidente de circulación. La mujer de don Justo considera que la muerte por enfermedad no excluye el accidente de circulación que padeció su marido con anterioridad, sino que son contingencias compatibles, alegando que el accidente producido antes del deceso fue determinante de la evolución más acelerada de la enfermedad y del final de la vida de don Justo el 12 de diciembre de 2023. Alega asimismo que la aseguradora no le entregó ningún documento con la modificación realizada. La aseguradora se opone alegando que hay una cláusula limitativa para el caso de accidente de circulación, contemplada en las condiciones generales de la contratación. En cuanto a la falta de documentación, considera que no es necesaria, porque ese tipo de pólizas no requiere por disposición legal emisión de ninguna póliza.

Cuestiones planteadas:

1. ¿Qué fecha ha de tomarse en consideración para que la póliza cubra el siniestro? ¿Qué criterios se siguen para interpretar los datos que llevan o no a la indemnización?
2. ¿Cómo debe satisfacerse el importe del seguro y a quién la cantidad asegurada, según el orden de beneficiarios y la naturaleza del contrato de seguro asociado al préstamo hipotecario? ¿Quién puede reclamar o está legitimado para ello?
3. Suponiendo que el accidente confiera el derecho a la indemnización por accidente, además de la que le correspondería por ese accidente, en su caso, ¿puede reclamarse la indemnización complementaria? ¿Cómo debería formalizarse la modificación contractual?

Solución

1. ¿Qué fecha ha de tomarse en consideración para que la póliza cubra el siniestro? ¿Qué criterios se siguen para interpretar los datos que llevan o no a la indemnización?

Como se establece en el planteamiento del caso, la póliza deja de estar en vigor el 25 de marzo de 2023 y la fecha en la que se le concede la declaración de incapacidad permanente es la de 24 de julio de 2023. Antes se ha declarado la incapacidad temporal y se ha mantenido esta situación durante un tiempo. Por tanto, parece claro que no se dan las condiciones pactadas. Sin embargo, todos estos datos requieren de una interpretación.

El artículo 80 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (LCS) nos dice: «El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado». Evidentemente, don Justo ha asegurado su vida y prevenido su incapacidad. Pero el que nos interesa más es el artículo 83, aplicable al supuesto, donde se señala:

Por el seguro de vida el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente.

Don Justo ha concertado una indemnización asociada al préstamo hipotecario, una vez dadas las circunstancias previstas. Obsérvese que el precepto se refiere a cumplir con lo estipulado en el contrato y en la ley. Hemos de saber, entonces, qué es lo acordado por las partes y cómo se deben interpretar, entre otras cosas, las fechas de la enfermedad, la baja temporal, la naturaleza de los partes emitidos y la resolución por la que se declara a don Justo en situación de incapacidad permanente para el trabajo. También –como veremos más adelante– tiene su importancia la referencia a los intereses establecidos en el artículo 20 de la LCS.

Hay jurisprudencia que relaciona el seguro de vida –con la cobertura complementaria de la invalidez– con la fecha de la resolución administrativa, de tal manera que solo esta fecha sería el hecho que genera el riesgo. «En consecuencia, como regla general, el evento dañoso, el riesgo asegurado, tiene lugar cuando se produce la declaración oficial de la incapacidad o invalidez». Visto así, la fecha de 24 de julio del 2023, que es cuando se le concedió la incapacidad permanente absoluta para el trabajo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, es el hecho determinante del riesgo que genera la obligación o no de pagar a la compañía La Fraternidad. Por tanto, la respuesta fácil es que no está obligada a satisfacer las indemnizaciones por incapacidad o, de producirse la muerte –por estar asociada el deceso a la obligación de pago–, tampoco; porque la fecha de cancelación del seguro es anterior (el 25 de marzo de 2023). Sin embargo, aquí la discusión gira en torno a la fecha del siniestro, a determinar cuál es la fecha del siniestro que devenga el derecho al cobro. La doctrina primitiva o anterior a la actual se refiere a supuestos de sucesiones de pólizas, o de cláusulas que anticipan «expresamente» la fecha al diagnóstico de la enfermedad. En estos casos, es igualmente fácil decir que, si la enfermedad se diagnostica antes del fallecimiento y se prevé expresamente, no hay problema en admitir la obligación del pago. Pero en el caso práctico que se propone solo se dice que se pacta una póliza de vida asociada a un préstamo hipotecario. Se aportan fechas de diagnóstico de la enfermedad y de declaración de baja temporal y definitiva. Es claro que hemos de diferenciar entre el momento de detección de la enfermedad y el de la muerte (12 de diciembre de 2023), y distinguiendo esta, a su vez, del accidente; y, por otro lado, hubo una continuidad en la incapacidad temporal durante varios meses. Todo este galimatías ha de ser tenido en cuenta, pues es

el supuesto previsto en el artículo 13.2 de la Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales que «en los supuestos en que la invalidez permanente no esté precedida de una incapacidad temporal o esta no se hubiera extinguido, se considerará producido el hecho causante en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del equipo de valoración de incapacidades».

Vemos que se enredan cuestiones civiles con otras de naturaleza laboral. Ahora hay que saber qué hemos de entender por fecha de «dictamen-propuesta del equipo de valoración de incapacidades», porque es el dato preciso de concreción del momento del devengo o generador del riesgo asegurado. En nuestro supuesto se dictó la correspondiente resolución del INSS el 24 de julio de 2023, y en esa fecha la póliza ya no estaba en vigor (recordar que se cancela el 25 de marzo de 2023).

Seguimos razonando, amparados por los criterios jurisprudenciales. Si como dice la jurisprudencia, la determinación del momento de la incapacidad permanente es una combinación del diagnóstico médico y de la valoración jurídica (STS, Sala de lo Social, de 6 de noviembre de 2008, rec. núm. 4255/2007 [NSJ028357]), resulta que don Justo tiene una fecha de diagnóstico médico, otra que proporciona la resolución administrativa de la Seguridad Social que le reconoce la incapacidad permanente y nos falta la valoración jurídica que, al final, es la que resuelve la cuestión. Por otro lado, no es lo mismo la enfermedad que el accidente. Es claro que en el accidente se define con más precisión por el acto violento que provoca el daño, al contrario de lo que sucede en la enfermedad, donde su determinación presenta caracteres «más difusos». La sentencia que se cita es del pleno, y el pleno concluyó: «Como regla general, para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora (incluido el seguro voluntario), para determinar la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono ha de acudir a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social». Y se añade: «Como excepción, la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles».

Atendiendo a la excepción, el caso práctico nos dice: «Pero antes, en el mes de septiembre de 2021, se le diagnosticó una enfermedad irreversible que le impidió trabajar durante varios meses». Si entendemos como enfermedad irreversible el ELA y admitimos que se le diagnosticó como permanente por irreversible, nos es fácil advertir la excepción como aplicable, ya que se produce el diagnóstico antes de la cancelación de la póliza de don Justo, incluso el deceso posterior no es trascendente a estos efectos. Es, en definitiva, la fecha del mes de septiembre la que determina el hecho que genera el derecho a la indemnización. Es, como decíamos al principio, la fecha del siniestro que genera el derecho al cobro; no nos vale la de la resolución administrativa de la Seguridad Social a que hace referencia el caso, la del 24 de julio de 2023. El contrato no estaría en vigor, pero el hecho causante es anterior y, por todo lo razonado, los herederos o beneficiarios de la póliza tienen derecho a exigir el cumplimiento de lo pactado.

2. ¿Cómo debe satisfacerse el importe del seguro y a quién la cantidad asegurada, según el orden de beneficiarios y la naturaleza del contrato de seguro asociado al préstamo hipotecario? ¿Quién puede reclamar o está legitimado para ello?

En la pregunta hay subpreguntas y hemos de contestarlas a todas de manera unívoca por la interrelación que existe entre ellas. Con la compañía La Fraternidad se concierta el seguro con unos beneficiarios una vez acontecido el deceso. Pero, además, sucede que es la típica póliza asociada a un préstamo hipotecario, con la cual la entidad bancaria pretende asegurarse el cobro de su préstamo si el prestatario fallece antes de la amortización total de la deuda contraída. ¿Quién es el primer beneficiario? ¿Qué se satisface exactamente con la indemnización? ¿Qué descuentos cabe hacer tanto de capital como de intereses? En torno a todo esto se desenvuelven las respuestas.

Dispone el párrafo primero del artículo 88 de la LCS que

la prestación del asegurador deberá ser entregada al beneficiario, en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador del seguro. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al beneficiario el reembolso del importe de las primas abonadas por el contratante en fraude de sus derechos.

Por consiguiente, se diferencia claramente entre el beneficiario y los herederos o acreedores del beneficiario. Si entendemos que la entidad bancaria es la primera beneficiaria, con arreglo al precepto citado será la primera en recibir el importe correspondiente. A su vez, el tomador del seguro o el asegurado, o los herederos, pueden reclamar a La Fraternidad la indemnización correspondiente, independientemente de quién sea designado como primer beneficiario en la póliza (SSTS núm. 669/2014, de 2 de diciembre; núm. 222/2017, de 5 de abril [NCJ062262], y núm. 37/2019, de 21 de enero [NCJ063953]), y ello sin perjuicio de que el banco tenga derecho al abono del resto de la amortización de la hipoteca, que se minora de la indemnización. El sobrante, una vez satisfecho el importe adeudado al banco, ya se entrega a los herederos del don Justo. Porque en los seguros de vida o de invalidez de esta naturaleza hay «un interés compartido por el tomador/asegurado demandante y la entidad de crédito prestamista: el del primero, quedar liberado de su obligación de devolver el préstamo si se produce».

Por consiguiente, aun habiendo un orden específico de beneficiarios que viene fijado en la póliza, el interés compartido de todos ellos permite que cada cual esté legitimado para reclamar lo que le corresponda, deduciendo del importe total lo debido y destinando el remanente al pago a los demás. La entidad bancaria es beneficiaria, en tanto que con el seguro garantiza el pago del préstamo; el tomador del seguro y los herederos también.

Que la demanda haya sido interpuesta por los herederos de don Justo no impide que el banco esté legitimado para reclamar lo suyo.

3. Suponiendo que el accidente confiera el derecho a la indemnización por accidente, además de la que le correspondería por ese accidente, en su caso, ¿puede reclamarse la indemnización complementaria? ¿Cómo debería formalizarse la modificación contractual?

La decisión de si procede o no la indemnización por el accidente de tráfico estará en función de los requisitos y formalidades inherentes a la suscripción de la póliza y, en concreto, de las condiciones generales, así como de la información previa y la transparencia del clausulado.

Es evidente que el seguro, cuando ocurre el accidente, está en vigor, lo cual representa un dato previo necesario (que la póliza de seguros esté activa). Asimismo, habrá que analizar si hubo o no cláusulas limitativas, porque no es lo mismo que el seguro contenga condiciones particulares especialmente suscritas y condiciones generales no suscritas que contengan, a su vez, esas cláusulas limitativas a las que se puede remitir la póliza. Es decir, cuando don Justo firma el seguro de accidentes, firma las condiciones particulares y estas pueden remitirse a las generales de la contratación no singularmente suscritas.

Si nos fijamos en el artículo 3 de la LCS:

Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. 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.

Las condiciones particulares que firmó don Justo deben ser acompañadas de las generales y se incluyen por el asegurado en la proposición del seguro. A don Justo se le debe informar convenientemente para que la firma sea consecuencia de un conocimiento transparente del clausulado. Es decir, como presupuesto de abuso o no en la contratación, el control de la transparencia requiere conocer previamente la información recibida. Y la condición general, de incluir una limitación –en nuestro caso la del accidente de tráfico– tiene que ser precisa, clara y estar destacada especialmente, lo que significa, por ejemplo, que se resalte en negrilla. Además, debe estar firmada.

Así se pronuncia la sentencia 140/2020, de 2 de marzo (NCJ064790), que cita de la 402/2015, de 14 de julio, del pleno (NCJ060369):

Si, como sucede en el presente caso, las condiciones particulares se remiten a las cláusulas limitativas que aparezcan en las condiciones generales que se entregan al tomador/asegurado, este deberá firmar también estas condiciones generales

[...], la falta de firma de la condición general no puede ser suplida con la firma de la remisión contenida en las condiciones particulares.

En definitiva, la contingencia estará cubierta si las condiciones generales que contemplan esa exclusión han sido debidamente infirmadas, aparecen claras y destacadas y han sido suscritas por don Justo.

Finalmente, la segunda cuestión tiene una fácil respuesta. El cambio o la modificación contractual realizada con posterioridad debe contemplar los requisitos que se establecen en el artículo 5 de la LCS:

El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. El asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional. En las modalidades de seguro en que por disposiciones especiales no se exija la emisión de la póliza el asegurador estará obligado a entregar el documento que en ellas se establezca.

Dejando aparte si este tipo de seguros requiere la emisión de una póliza –como sí parece evidente–, aquí solo damos respuesta a que don Justo debió reclamar, porque tenía derecho a ello, el documento que contenía las modificaciones contractuales, como no podía ser de otra manera. Un documento que la aseguradora tenía que haberle entregado sin que el asegurado tuviera que formular reclamación alguna.

Sentencias, autos y disposiciones consultadas

- Ley 50/1980 (LCS), arts. 3, 5, 20, 80, 83 y 88.
- SSTS, Sala 1.^a de lo Civil, núm. 669/2014, de 2 de diciembre; núm. 372/1996, de 16 de mayo; núm. 222/2017, de 5 de abril, y núm. 37/2019, de 21 de enero; del Pleno, núm. 736/2016, de 21 de diciembre; Sala 4.^a de lo Social, del Pleno, de 6 de noviembre de 2008, rec. núm. 4255/2007; núm. 402/2015, de 14 de julio, y núm. 140/2020, de 2 de marzo.