



Roj: **STS 679/2021 - ECLI:ES:TS:2021:679**

Id Cendoj: **28079110012021100097**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **17/02/2021**

Nº de Recurso: **4283/2017**

Nº de Resolución: **87/2021**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 87/2021

Fecha de sentencia: 17/02/2021

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 4283/2017

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 10/02/2021

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: AUD.PROVINCIAL DE LUGO, SECCIÓN 1.ª

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. María Angeles Bartolomé Pardo

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 4283/2017

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. María Angeles Bartolomé Pardo

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 87/2021

Excmos. Sres. y Excmo. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 17 de febrero de 2021.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuesto por D. Epifanio, representado por la procuradora D.ª Mónica Fente Delgado, bajo la dirección letrada de D.ª María de los Ángeles Fernández Montes, contra la sentencia n.º 241/17, dictada por la Sección 1.ª de la Audiencia



Provincial de Lugo, en el recurso de apelación n.º 634/2016, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 72/2015, del Juzgado de Primera Instancia n.º de Chanta. Ha sido parte recurrida Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, S.A., representada por el procurador D. Esteban Jabardo Margareto, y bajo la dirección letrada de D. Jesús Giner Sánchez; y BBVA Seguros, S.A., representada por el procurador D. Alfonso de Murga y Florido y defendida por el letrado D. Francisco Javier Beamonte Navas.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.- El procurador D. Francisco Gonzalo Álvarez Gómez, en nombre y representación de D. Epifanio, interpuso demanda de juicio ordinario contra BBVA Seguros y Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, en la que solicitaba se dictara sentencia:

"[...] por la que declare la vigencia del contrato de seguro suscrito por el actor y EUROSEGUROS (hoy BBVA SEGUROS) con la mediación del BBV (hoy BBVA) el 23 de abril de 1988 a que se hace referencia en el hecho primero de la demanda y al que se contrae el certificado y extracto de las cláusulas generales que se aportan como documento número uno con esta demanda, y condene a las demandadas a estar y pasar por tal declaración, a acatarla y a cumplirla y al pago de las costas procesales".

2.- La demanda fue presentada el 9 de febrero de 2015, y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Chantada, se registró con el n.º 72/2015. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de las partes demandadas.

3.- La procuradora D.ª Esperanza Rodríguez Brage, en representación de Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

"[...] dicte finalmente sentencia en la que se desestimen íntegramente las peticiones formuladas en la demanda, condenando al demandante al pago de las costas causadas".

Y la procuradora D.ª María Concepción González Ouro, en representación de BBVA Seguros, S.A., solicitando al juzgado:

"[...] dicte en su día sentencia por la que desestimándose la demanda, se absuelva de todos los pedimentos a mi representada con la preceptiva imposición de costas a la actora".

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, la Jueza del Juzgado de Primera Instancia de Chanta dictó sentencia de fecha 2 de mayo de 2016, con la siguiente parte dispositiva:

"Que estimando íntegramente la demanda interpuesta por el Procurador Sr. Álvarez Gómez, actuando en nombre y representación de don Epifanio :

1. Debo declarar y declaro la vigencia a fecha del dictado de la presente resolución del contrato de seguro colectivo de vida suscrito en fecha 23 de abril de 1988 por el demandante con la entidad Euroseguros, SA (actual BBVA Seguros, SA) en concepto de aseguradora, y con la entidad Banco Bilbao, SA (actual BBVA, SA), esta última en concepto de tomador.

2. Debo condenar y condeno a las codemandadas BBVA Seguros, SA y BBVA, SA, a estar y pasar por los anteriores pronunciamientos.

3. Se efectúa expresa condena en costas a las codemandadas".

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de BBVA Seguros, S.A.

2.- La resolución de este recurso correspondió a la sección 1ª de la Audiencia Provincial de Lugo, que lo tramitó con el número de rollo 634/2016, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 11 de julio de 2017, cuya parte dispositiva dispone:

"FALLAMOS: Estimamos el recurso formulado contra la sentencia de 2 de mayo de 2016 y, en consecuencia, la revocamos dictando en su lugar sentencia desestimatoria de la demanda rectora de las presentes actuaciones con absolución de la parte demandada respecto de los pedimentos deducidos en su contra".

TERCERO .- *Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y del recurso de casación*



1.- La procuradora D.^a María Feire Vazquez, en representación de D. Epifanio, interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

Los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal fueron:

"Motivo primero.- Al amparo de lo dispuesto en el art. 469.1.2.º LEC.

Se considera que la sentencia recurrida ha infringido las normas procesales reguladoras de la sentencia y, en concreto, el deber de congruencia entre la decisión y las pretensiones deducidas por las partes que impone el art. 218.1 de la LEC, incurriendo así en *incongruencia extra petita*, vulnerando la invariabilidad de las resoluciones firmes y contraviniendo el principio de *cosa juzgada* que establece el art. 22 LEC.

Motivo segundo.- Al amparo de lo dispuesto en el art. 469.1.2.º LEC.

Se considera que la sentencia recurrida ha infringido las normas procesales reguladoras de la sentencia y en concreto el deber de congruencia entre la decisión y las pretensiones deducidas por las demandadas que impone el art. 218.1 de la LEC, incurriendo así en *incongruencia extra petita*.

Motivo tercero.- Al amparo de lo dispuesto en el art. 469.1.2.º LEC.

La sentencia recurrida ha vulnerado el derecho del hoy recurrente a la tutela judicial efectiva que reconoce y ampara el art. 24 de la Constitución Española, al sentar un hecho manifiestamente errado, que le sirve de fundamento para argumentar que los documentos que aportaron las entidades demandadas se corresponden con la póliza del seguro de vida al que se adhirió el actor".

Los motivos del recurso de casación fueron:

"Motivo primero.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.2.3º de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, se funda este motivo en la infracción, por aplicación indebida del art. 3 (párrafo primero, primer apartado) de la LCS [...].

Motivo segundo.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.2.3º de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Partiendo como premisa de que lo ya expuesto podría considerarse motivo único de este recurso, existen otros motivos que podríamos denominar "subsidiarios", en el sentido de que tienen menor entidad, pero podrán ser tenidos en consideración "a mayor abundamiento", sin perder de vista en ningún caso lo ya manifestado.

Se trata de los motivos que se expondrán a continuación y que a juicio de esta parte permitirían casar la sentencia de segunda instancia aún en el supuesto de que se obviase la falta de comunicación al asegurado de las cláusulas generales cuya aplicación se pretende por las entidades demandadas.

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, se funda este motivo en la infracción, por aplicación indebida del art. 3 (párrafo primero) de la LCS [...].

Motivo tercero.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.2.3º de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, se funda este motivo en la infracción, por aplicación indebida del art. 3 (párrafo primero, apartado segundo) de la LCS en relación con los art. 1285 y 1288 del CC [...].

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 21 de octubre de 2020, cuya parte dispositiva es como sigue:

"1.º) Admitir el recurso de casación y los motivos segundo y tercero del recurso extraordinario por infracción procesal interpuestos por la representación procesal de D. Epifanio contra la sentencia de fecha 11 de julio de 2017, dictada por la Audiencia Provincial de Lugo (Sección 1.ª), en el rollo de apelación n.º 634/2016, en el procedimiento de juicio ordinario n.º 72/2015 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Chantada.

2.º) Inadmitir el motivo primero del recurso extraordinario por infracción procesal.

3.º) Abrir el plazo de veinte días, a contar desde la notificación de este auto, para que la parte recurrida formalice por escrito su oposición a los recursos. Durante este plazo las actuaciones estarán de manifiesto en la secretaría.

Contra este auto no cabe recurso alguno".

3.- Se dio traslado a las partes recurridas para que formalizaran su oposición, lo que hicieron mediante la presentación del correspondiente escrito.



4.- Por providencia de 11 de enero de 2021 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 10 de febrero del presente, fecha en que ha tenido lugar a través del sistema de videoconferencia habilitado por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Antecedentes relevantes*

1.- *El objeto del proceso*

Es objeto del presente proceso la demanda que es interpuesta por el actor D. Epifanio contra las entidades BBVA de Seguros, S.A., y BBVA, S.A., a los efectos de obtener un pronunciamiento judicial que proclame la vigencia del contrato colectivo de vida, suscrito en fecha 23 de abril de 1988 entre el demandante y la compañía Euroseguros, S.A. (actual BBVA Seguros, S.A.) en concepto de deudora y Banco de Bilbao, S.A., (actual BBVA) como tomador.

La razón del litigio proviene de las discrepancias existentes entre las partes sobre el alcance de la cobertura suscrita, pues mientras que el demandante considera que el contrato de seguro concertado es un seguro de vida entera, la parte demandada sostiene, por el contrario, que nos encontramos ante un contrato de tal clase pero de duración temporal, que se extingue cuando los asegurados alcanzasen la edad de los 65 años, tal y como resulta documentado en la póliza n.º NUM000 a la que se refiere el seguro colectivo y a la que se hace alusión en el certificado de adhesión.

En el art. 6.2 de dicha póliza, bajo la rúbrica "condiciones de adhesión", se señala que "no podrán incorporarse a este seguro personas de edad menor de catorce años ni de edad igual o superior a sesenta y cinco años, ni tampoco personas incapacitadas", y el art. 7, bajo el título "variaciones en la composición del grupo asegurado", dice en el apartado correspondiente a las bajas que éstas tendrán lugar por alguna de las siguientes causas: "4) cumplimiento de la edad límite (65 años) especificada en el artículo 6.2 de las presentes condiciones".

El demandante señala que ni en el boletín de adhesión, ni en la certificación individual del seguro, ni en el extracto de condiciones generales que le fueron facilitadas, se hace referencia a que el contrato sea de duración temporal, tampoco se le entregó la póliza del contrato a la fecha de su adhesión, ni se le informó que el seguro de vida fuera de duración limitada a los 65 años.

2.- *La sentencia de primera instancia*

Formalizada judicialmente la controversia se tramitó por el cauce del juicio ordinario n.º 42/2016 ante el Juzgado de Primera Instancia de Chantada, con oposición de las codemandadas. Dicho procedimiento finalizó por sentencia estimatoria de la demanda.

La precitada resolución, tras descartar la excepción de falta de legitimación pasiva de BBVA, S.A., como tomadora del contrato, argumentó que el demandante aportó al proceso el boletín de adhesión al contrato de seguro de vida litigioso suscrito el 23 de abril de 1988, junto con las correspondientes certificaciones individuales y el extracto de las condiciones generales del seguro "Euroseguros Vida", que le fueron facilitadas, sin que, en las exclusiones de la cobertura, que le fueron facilitadas figurase el cumplimiento de la edad de 65 años.

La compañía, por el contrario, aportó el contenido de la póliza y condiciones generales y sostiene que el asegurado recibió una copia idéntica de dicho clausulado, en donde consta la limitación de la duración del seguro y su extinción al alcanzar los 65 años de edad.

La sentencia no da valor a la documentación que fue remitida al actor el 25 de junio de 2005, por la compañía de seguros, a requerimiento del demandante, en el que se acompañaba copia del clausulado del contrato, ya que en el condicionado remitido figura: "Información previa a la contratación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 30/1995 y de los artículos 104 a 107 de su reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto nº 2486/1998 de 20 de noviembre", mencionando por lo tanto una normativa posterior a la concertación del contrato litigioso, en dicho documento sí figura la vigencia temporal del seguro por un año prorrogable hasta la edad de los 65 años.

Tras considerar que se trata de una cláusula limitativa, que no reúne los requisitos del art. 3 de la LCS, y que no aparece firmada por el actor, considera que se produjo una unilateral modificación por parte de la demandada BBVA Seguros, S.A., de las condiciones inicialmente pactadas en el contrato suscrito en contra de lo establecido en el art. 1256 CC, sin obtener la aceptación de don Epifanio, por lo que deberá estarse al clausulado inicial de la póliza contenido en el seguro concertado en abril de 1988, teniéndose la cláusula de vigencia temporal por no puesta.



3.- Sentencia de segunda instancia

Por la parte demandada se interpuso recurso de apelación, cuyo conocimiento correspondió a la sección primera de la Audiencia Provincial de Lugo, que dictó sentencia revocatoria de la pronunciada por el Juzgado.

En ella, se considera que la sentencia recurrida no hace mención alguna a la póliza de seguro colectivo de vida NUM000, aportada por las codemandadas con la contestación a la demanda, en las que se contiene la limitación temporal de la cobertura pactada hasta los 65 años de edad, respecto a las cuales señaló el demandante, en la audiencia previa, que carecían de fecha y que, por lo tanto, no podían demostrar que se tratase de la póliza a la que se refieren las condiciones generales. No obstante, razona la Audiencia, que aun cuando no se contenga la fecha, en testimonios notariales de 2002 y 2004, a diferencia de la póliza que le fue suministrada al actor en 2005, se refieren al original con dos suplementos, el último de los cuales fue efectuado en mayo de 1989, con lo que la póliza NUM000 es necesariamente de fecha anterior y contiene la vigencia limitada de la cobertura.

Por ello, consideran que el contrato finalizaba al cumplir el asegurado los 65 años, conforme a la redacción original de la póliza NUM000, sin perjuicio de que la falta de entrega de copia de la misma al asegurado por la compañía aseguradora, como era su deber, haya podido incidir en error, como vicio del consentimiento que, de ser esencial y excusable, supondría la anulabilidad del contrato; no obstante, en el proceso, no se ejercita tal acción, sino de cumplimiento contractual de la póliza NUM000 a la que se remite el certificado individual del actor, que contiene, en su cláusula 7, tal limitación de edad, condición que no puede reputarse limitativa sino delimitadora del riesgo. Con tal apoyo argumental se constata la existencia de un error en la valoración de la prueba por parte del juez a quo, que conduce al tribunal provincial a la desestimación de la demanda, sin condena en costas.

4.- Recursos interpuestos por el demandante

Contra dicha sentencia se interpusieron por el demandante recursos extraordinarios por infracción procesal y casación.

SEGUNDO.- Examen del recurso extraordinario por infracción procesal

Este recurso se fundamentó en tres motivos de los cuales el primero de ellos no fue admitido a trámite, por auto firme de este tribunal de 21 de octubre de 2020, por lo que su análisis obviamente no procede por las razones indicadas en dicha resolución.

1.- Exposición de los concretos motivos de infracción procesal formulados y admitidos a trámite

Los motivos por infracción procesal admitidos son el segundo de ellos, al amparo de lo dispuesto en el art. 469.1.2º de la LEC, por considerar vulnerado el deber de congruencia entre la sentencia dictada y las pretensiones deducidas por las demandadas que impone el art. 218.1 LEC, incurriendo de esta forma en una incongruencia *extra petita*.

Y el tercero de los motivos por infracción procesal, segundo y último de los admitidos, se formula, en esta ocasión, al amparo del art. 469.1.4º de la LEC, por vulneración del art. 24.1 CE, por error patente en la valoración de la prueba, al declarar acreditado la sentencia de la Audiencia que los documentos aportados por las entidades codemandadas, en los testimonios notariales de 2002 y 2004, se corresponden con la póliza de vida a la que se adhirió el demandante en 1988.

2.- Examen y decisión del primero de los motivos por infracción procesal sobre la incongruencia de la sentencia de la Audiencia

En el desarrollo de este motivo, se considera por la parte recurrente que la sentencia vulneró el principio procesal de congruencia que impone el art. 218.1 de la LEC, al considerar que fueron alterados los términos del debate, que únicamente versaban sobre si el actor recibió, al tiempo de adherirse al seguro colectivo de vida, las condiciones de la póliza NUM000, que supuestamente contenían las cláusulas de la limitación temporal de la cobertura hasta los 65 años de edad, y con base únicamente a tal hecho controvertido debería ser resuelta la contienda judicializada objeto del litigio.

Como hemos declarado en múltiples resoluciones (sentencias 580/2016, de 30 de julio y más recientemente 548/2020, de 22 de octubre), la congruencia exige una correlación entre los pedimentos de las partes, oportunamente deducidos, y el fallo de la sentencia, teniendo en cuenta la petición y la causa de pedir. Adquiere relevancia constitucional, con infracción no sólo de los preceptos procesales (art. 218.1 LEC), sino también del art. 24 CE, cuando afecta al principio de contradicción, si se modifican sustancialmente los términos del debate procesal, ya que de ello se deriva una indefensión a las partes que, al no tener conciencia del alcance de la controversia, no pueden actuar adecuadamente en defensa de sus intereses.



No obstante, en este caso, el motivo ha de ser desestimado, dado que la sentencia recurrida se pronuncia sobre lo pedido en la demanda sin apartarse de la causa de pedir que, según la jurisprudencia, viene constituida por los hechos jurídicamente relevantes que sirven de fundamento a la petición y delimitan, individualizan e identifican la pretensión procesal (sentencias 1258/2002, de 20 de diciembre; 364/2008, de 16 de mayo; 470/2020, de 16 de diciembre y 586/2020, de 10 de noviembre). La resolución de la Audiencia no alteró los términos del debate generando una indefensión, que pudiera afectar a la dimensión constitucional de la congruencia como inherente al derecho fundamental a la tutela judicial efectiva, como exigen comprobar las sentencias 359/2001, de 3 de abril y 487/2020, de 23 de septiembre, para determinar si se ha incurrido en un defecto procesal como el denunciado en el recurso.

En efecto, en el caso presente, el hecho controvertido es si el contrato de seguro colectivo de vida, al tiempo que se adhirió el actor, era temporal o de vida entera, y de esta manera se determinó por la Audiencia el objeto del proceso, en el fundamento de derecho segundo de su sentencia, como igualmente fue delimitado de tal forma, previamente, por el Juzgado. No quedó circunscrito, como pretende la parte recurrente, a constatar si se le entregaron las concretas condiciones generales que fijaban una duración temporal de la cobertura hasta que el asegurado cumpliera los 65 años de edad. La sentencia del juzgado de primera instancia, como la de la Audiencia, así como la prueba interesada por las partes versaban sobre la naturaleza de la póliza de vida NUM000 y sobre las consecuencias de la falta de información debida sobre tal extremo.

No hubo pues alteración de la *causa petendi*, ni indefensión alguna de la parte demandante, que pudo ejercitar sin cortapisas su derecho de defensa. La circunstancia de que no constase la efectiva entrega de dicha póliza al demandante, razonó la Audiencia, podría fundamentar, en su caso, una acción de anulabilidad por error, pero no implica la estimación de la acción de cumplimiento del contrato, que era la realmente ejercitaba.

La sentencia no se aparta pues de forma sustancial de la *causa petendi*, contesta a las pretensiones y resistencias de las partes, por lo que tal motivo de infracción procesal no debe ser estimado.

3.- Examen del último de los motivos de infracción procesal admitidos, vulneración del art. 24.1 CE por interpretación irracional de la prueba, con patente y manifiesto error

En el desarrollo del motivo se señala que la Audiencia incurrió en un error patente cuando da valor a los documentos aportados por las demandadas en sendos testimonios de actas notariales y reputarlos auténticos, considerando, en consecuencia, que constituyen el contenido contractual de la póliza de seguro NUM000 a la que se adhirió el actor.

La parte recurrente estima que, en dicha valoración de la prueba, se incurrió en sendos errores manifiestos, puesto que el actor negó la autenticidad de los documentos, y no únicamente con respecto a su fecha, así como que los aportados por la demandada se correspondieran con la póliza contratada al tiempo de adhesión por el demandante al seguro colectivo, error que se evidenciaba porque las actas notariales de protocolización de dicha póliza son de fecha muy posterior a la adhesión del actor.

Es evidente que la valoración de la prueba corresponde a los tribunales de instancia sin que la casación constituya una tercera instancia, que permita una nueva valoración del material fáctico del proceso (sentencias 367/2016, de 3 de junio, 477/2019, de 17 de septiembre y 365/2020, de 29 de junio, entre otras muchas); no obstante, cabría interponer el recurso extraordinario por infracción procesal cuando se haya efectuado una valoración de la prueba arbitraria, irracional o que sea patente o manifiestamente errónea. Para tales casos, este tribunal, en su función tuitiva de los derechos fundamentales, permite, al amparo del art. 469.1 4º de la LEC, impugnar una valoración probatoria que atente, de forma notoria, al canon de racionalidad que impone el art. 24.1 de la CE.

En este sentido, la sentencia 7/2020, de 8 de enero, proclama que:

"Como recuerda la sentencia 572/2019, de 4 de noviembre, "esta sala no es una tercera instancia y por esta razón solo de forma excepcional se admite la revisión de la valoración probatoria del tribunal sentenciador por la existencia de un error patente o arbitrariedad en la valoración de alguna prueba, o bien por la concreta infracción de una norma tasada de valoración de prueba, siempre que, por resultar manifiestamente arbitraria o ilógica, la valoración de esa determinada prueba no supere, conforme a la doctrina constitucional, el test de la racionalidad constitucionalmente exigible para respetar el derecho a la tutela judicial efectiva reconocido en el art. 24 de la Constitución (entre las más recientes, sentencias 88/2019, de 13 de febrero, y 132/2019, de 5 de marzo)".

De igual forma, se expresan las sentencias posteriores 31/2020, de 21 de enero; 144/2020, de 2 de marzo; 298/2020, de 15 de junio; 674/2020, de 14 de diciembre o 681/2020, de 15 de diciembre, entre otras muchas.



Pues bien, en el caso que nos ocupa, no podemos considerar que la valoración de la prueba por parte de la Audiencia incurra en un defecto de tal clase cuando da por acreditado cual era el contenido de las condiciones generales de contratación de la póliza litigiosa NUM000, con base a su incorporación en sendas actas notariales, acreditativas de su existencia real, en los que pese a no indicar la fecha de la póliza si contienen dos anexos donde se añaden las modificaciones realizadas, siendo el último de ellos del año 1989, por lo que la póliza era necesariamente de fecha anterior, y de tal modo concluir que la póliza original era de un seguro de vida duración temporal que se extinguía cuando el asegurado cumpliera los 65 años de edad, pese a que no se incluyera dicha cláusula en el extracto de condiciones generales entregado al actor.

En dicho extracto se hace referencia que, para cobrar el siniestro, tanto para el caso de muerte como de invalidez, es preciso aportar la partida de nacimiento del asegurado, lo que es coherente con la vigencia temporal del seguro. En los documentos facilitados al actor al tiempo de contratar siempre se hacía referencia a la precitada póliza NUM000, sin atisbos de que su contenido contractual fuera variado en cuanto a la extinción del seguro al alcanzar el asegurado los 65 años de edad. Los actos propios de la aseguradora nunca entraron en contradicción con tal hecho. El razonamiento de la Audiencia no conforma una conclusión irracional o absurda, que deba ser corregida como atentatoria a las reglas de la sana crítica art. 326.2 II de la LEC.

En definitiva, la sentencia no dice que le fuera entregado al actor información, al adherirse a la póliza, sobre su vigencia temporal, sino que la póliza del seguro de vida se concertó bajo la modalidad de duración temporal hasta que los asegurados cumplieran los 65 años de edad, en que se extinguía.

TERCERO.- Examen del primero de los motivos del recurso de casación

A los efectos decisorios del presente motivo de casación partimos de las consideraciones siguientes en función de las cuales hemos de resolver la controversia suscitada.

1.- Formulación del primer motivo del recurso de casación

Este motivo de casación se fundamenta en la existencia de interés casacional, por aplicación indebida del art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante LCS).

Se considera, por la parte recurrente, que dicho precepto ha sido infringido, al entender la sentencia recurrida que, pese a la falta de comunicación al asegurado de las condiciones generales, en extremo esencial, como era el relativo a la naturaleza del seguro de vida objeto de adhesión, cabe oponerle el contenido de la póliza en cuanto a su duración temporal, considerando como lesionada la doctrina exteriorizada en las sentencias de esta sala de 27 de julio de 2006 y 912/2011, de 23 de diciembre.

En el desarrollo del motivo, se argumenta que la sentencia recurrida reconoce que se le entregó al asegurado el boletín de adhesión (condiciones particulares que delimitan los elementos esenciales del contrato), así como los certificados individuales, en los que no figura referencia alguna al carácter temporal del riesgo asegurado, así como tampoco sobre la extinción del contrato por el hecho de cumplir el asegurado 65 años, no obstante lo cual se considera que tal condicionado contractual le es oponible.

2.- El seguro de riesgo de muerte y sus modalidades

Conforme al art. 83 de la LCS: "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".

El ramo de vida es uno de los sectores más dinámicos del contrato de seguro ante las distintas posibilidades y modalidades que brinda la cobertura de la vida humana. En este caso, nos hallamos ante un seguro de vida para el caso de la muerte, en el que el tomador asegura su propia vida, aunque también puede asegurar la vida de un tercero. En esta clase de seguro, el epicentro es la muerte y el riesgo la incertidumbre sobre la duración de la vida humana, en tanto en cuanto constituye un evento *certus an, incertus quando*, toda vez que todas las personas estamos sometidas a la ley inexorable del fallecimiento que tarde o temprano truncará nuestra existencia, aunque ignoramos el concreto momento en que tal fatal desenlace necesariamente se producirá, si bien sometido, como es natural, a los límites temporales de supervivencia propios del género humano.

La edad, el estado de la salud, los riesgos vitales a los que está sometida la actividad a la que se dedica o practica el asegurado, constituyen pilares fundamentales a la hora de contratar esta clase de seguros, y ello no sólo a los efectos de determinar el umbral aceptado o refutado del riesgo asumido, sino también como imprescindible elemento para el cálculo actuarial de la prima.



Pues bien, el seguro para el caso de muerte, que fue la modalidad a la que se adhirió el recurrente, admite distintas clases. Una de ellas, en atención al criterio de duración, es la que distingue entre seguro de vida entera y seguro para el caso de muerte a tiempo parcial o con carácter temporal, cada una de las cuales, a su vez, admite distintos subtipos (sobre una sola cabeza, sobre dos, de capital, de renta etc.).

La esencia de la primera de las precitadas modalidades (a vida entera) radica en que la compañía cubre el riesgo del fallecimiento del asegurado sin limitación temporal alguna, por lo que producido el hecho de la muerte la compañía aseguradora deberá hacer honor al compromiso asumido abonando la prestación pactada a la persona o personas que designe el asegurado (beneficiarios) o, en su caso, a los herederos. En la segunda de ellas (a tiempo parcial) se asegura el riesgo del fallecimiento siempre que se produzca dentro de unas determinadas coordenadas temporales.

En este caso, el contrato litigioso cubre a los asegurados entre 14 a los 65 años de edad y se extingue al alcanzar esta última edad, momento en que dejan de devengarse las primas correspondientes y la compañía queda liberada de la obligación de atender al siniestro, siempre que se produzca fuera del contexto temporal pactado; mientras que si, por el contrario, ocurre dentro del mismo habrá de hacerse cargo del siniestro objeto de cobertura.

Conforme a la práctica del sector es habitual, como acontece en el caso que nos ocupa, que el seguro de riesgo de muerte se complementa con otras prestaciones como la invalidez absoluta o permanente para todo tipo de trabajo, e incluso que, si el siniestro se produce por accidente, se pague un capital doblado, como igualmente se pactó en la póliza litigiosa NUM000, que comprendía además la cobertura de descubiertos en cuentas bancarias hasta la cuantía de 300.000 ptas.

Pues bien, según resulta del certificado individual de seguro, del extracto de las condiciones generales de la póliza y del boletín de adhesión, el seguro pactado era el suscrito por la tomadora instrumentalizado en la póliza NUM000, si bien es cierto que la compañía de seguros, en contra de lo manifestado en su contestación, no consta que entregara al demandante un extracto de condiciones generales en las que figurara que el contrato se extinguía, como suele ser habitual en esta clase de seguros colectivos, en un determinado periodo de tiempo, en este caso al cumplir el asegurado los 65 años de edad.

Queda pues circunscrito el proceso a determinar las consecuencias de dicho déficit de información, y si el mismo puede transmutar la naturaleza de la modalidad de seguro contratado con carácter temporal para darle el tratamiento jurídico de otro de vida entera.

3.- Sobre el seguro colectivo objeto de adhesión y las obligaciones de las compañías de informar

En el caso litigioso, nos encontramos ante un seguro colectivo de vida, del que es tomador el Banco de Bilbao, S.A. que es la persona jurídica que suscribe el contrato con la entidad aseguradora, en nombre propio y en el de los bancos del grupo. El grupo asegurable lo constituyen el "conjunto de personas físicas que tiene la característica común de ser cliente de cualquiera de las Oficinas Bancarias del Banco de Bilbao (Tomador del Seguro) y Bancos del Grupo" que se indican a continuación. Se entiende por cliente "la persona que mantiene una relación dimanante tanto de operaciones activas como pasivas, con cualquiera de los Bancos indicados anteriormente". Y, en tal condición, el demandante se adhirió al seguro litigioso.

Se define contractualmente la póliza, en el extracto de condiciones generales aportadas por el demandante y que le fueron facilitadas al tiempo de formalizar su adhesión, como "el documento que contiene las Condiciones que regulan el Seguro. Forman parte integrante de la póliza: Las Condiciones Generales, las Especiales relativas a cada una de las Garantías Aseguradas y las Particulares del Grupo Asegurado que incluirán la relación de asegurados, así como los Suplementos que se emitan para completarla o modificarla".

Con respecto a esta tipología de seguros norma el art. 81 de la LCS, que "el contrato puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común extraña al propósito de asegurarse".

La jurisprudencia se ha referido con reiteración a esta clase de seguros, señalando que "[...] en los seguros colectivos o de grupo no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegurarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento" (sentencias de 6 de abril de 2001, rec. 878/1996; 1058/2007, de 18 de octubre, 516/2009, de 15 de julio; 541/2016, de 14 de septiembre; 570/2019, de 4 de noviembre y 636/2020, de 25 de noviembre entre otras).



El art. 50.3 del Real Decreto 1348/1985, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación del seguro privado, vigente a la fecha de adhesión del demandante, señalaba que, en los seguros colectivos de vida, además de la póliza, deberá utilizarse el boletín de adhesión suscrito conjuntamente por el tomador del seguro y el asegurado, lo que conformaba una exigencia derivada de la necesidad de contar con la voluntad exteriorizada del adherente de incorporarse al seguro de vida pactado por el tomador, sometiéndose a su régimen jurídico. De tal regulación se deduce que el asegurado, por un elemental deber de transparencia, ha de contar, al tiempo de su adhesión, con la información básica derivada del contrato al que se va a incorporar y que garantizará los riesgos objeto de cobertura.

Este deber de transparencia contractual se refleja expresamente en disposiciones ulteriores, no vigentes al tiempo de contratar, como en el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en cuyos artículos 106 y 107, se refleja que el asegurado ha de recibir con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, la información requerida para conocer el alcance del contrato, lo que hoy en día se reproduce, en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que deroga la disposición anterior.

Esta necesidad de facilitar información a los asegurados en los seguros colectivos, es recordada por la jurisprudencia (sentencias de 27 de julio de 2006, en recurso 2294/1999; 1058/2007, de 18 de octubre; 516/2009, de 15 de julio; 541/2016, de 14 de septiembre y 555/2019, de 22 de octubre), que reconoce la inoponibilidad de cláusulas no informadas al adherente, especialmente las limitativas.

4.- Naturaleza delimitadora de la cláusula definidora de la clase de contrato de seguro celebrado

Hemos de dejar claro también que la determinación, en este caso, de la duración temporal del contrato de seguro suscrito no conforma una condición general limitativa de la cobertura, sino delimitadora del riesgo, en tanto en cuanto determina el ámbito temporal del aseguramiento y la modalidad de seguro de vida concertado.

En este sentido, hemos declarado en las sentencias 853/2006, de 11 de septiembre; 1051/2007 de 17 de octubre; 676/2008, de 15 de julio; 738/2009, de 12 de noviembre; 598/2011, de 20 de julio; 402/2015, de 14 de julio, 541/2016, de 14 de septiembre; 147/2017, de 2 de marzo; 590/2017, de 7 de noviembre; 661/2019, de 12 de diciembre, que son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan: (i) qué riesgos constituyen dicho objeto; (ii) en qué cuantía; (iii) durante qué plazo; y (iv) en qué ámbito temporal o espacial.

5.- Desestimación del recurso de casación

Pues bien, efectuadas las anteriores consideraciones previas, el recurso no puede ser estimado.

En primer término, debemos considerar que la acción que se ejercita es la de cumplimiento del contrato, no de anulabilidad por error en el consentimiento, ni de indemnización de daños y perjuicios por supuestos incumplimientos de deberes precontractuales de información.

En segundo lugar, la modalidad de seguro de vida concertado por la tomadora, la entidad bancaria Banco de Bilbao, S.A., fue la reflejada en la póliza NUM000 , como así se advirtió expresamente en los boletines de adhesión, certificación individual de seguro y extracto de condiciones generales facilitadas al asegurado, con remisión a las condiciones de dicha póliza.

Según resulta de la póliza NUM000 suscrita por la tomadora, el tipo de seguro concertado no fue de vida entera, sino de tiempo parcial, de manera que la cobertura del seguro se extinguía al cumplir el asegurado los 65 años de edad.

Es cierto, que no consta que la compañía hubiera informado o entregado al recurrente, al tiempo de adherirse, las condiciones generales del seguro, que lo delimitaban con carácter temporal, aunque sí se le comunicó en la documentación facilitada que, para cobrar en su caso el siniestro, era necesario aportar la partida de nacimiento del asegurado.

Ahora bien, de dicha omisión no podemos obtener las consecuencias de mudar la naturaleza jurídica del contrato suscrito, precisamente en el ejercicio de una acción de cumplimiento, como la ejercitada en la demanda, en la que se postula se declare la vigencia del contrato de seguro colectivo de vida suscrito el 23 de abril de 1988 por el demandante con la entidad Euroseguros (actual BBVA SEGUROS, S.A.), en concepto de aseguradora, y con la entidad Banco Bilbao, S.A., (actual BBVA, S.A.), en concepto de tomadora, convirtiéndolo en otro tipo contractual diferente al efectivamente suscrito por ésta última, con la consiguiente indefinición de prestaciones esenciales no previstas por tal circunstancia.



Al menos, desde el año 2005, en que se remite al demandante, por la compañía de seguros, a solicitud de aquél, un extracto de las condiciones generales en las que figura la limitación temporal de la póliza suscrita por la tomadora, en coherencia con el tipo de seguro de vida contratado, el recurrente no podía negar tal conocimiento, sin que ejercitase ninguna acción judicial al respecto hasta el 9 de febrero de 2015, continuando abonado el importe de las primas giradas hasta el 2010, en que alcanzó los 65 años de edad y dejaron de girarse, pese a las quejas formuladas al respecto en escrito de 21 de julio de 2005.

En este caso, no nos hallamos ante cláusulas limitativas no oponibles, ni delimitadoras susceptibles de ser incardinadas en el tipo contractual pactado como el caso de la sentencia de 27 de julio de 2006, en que se discutían las limitaciones contractuales derivadas del concepto de invalidez permanente y absoluta causadas por accidente.

Por todo ello, en virtud del conjunto argumental expuesto, este motivo de casación lo debemos desestimar.

CUARTO.- Examen de los otros dos motivos de casación

Los otros dos motivos de casación tampoco han de correr mejor suerte que el anterior en función de los argumentos que se pasan a exponer en los apartados siguientes.

1.- Formulación del segundo motivo de casación

El segundo de los motivos de casación igualmente, por interés casacional, al amparo del art. 477.2.3º LEC, e infracción del art. 3 de la LCS, se fundamenta en que la cláusula de exclusión de la cobertura, al cumplir los 65 años de edad, es una cláusula sorpresiva que merece el tratamiento de las limitativas.

2.- Desestimación del motivo: inaplicación de la doctrina de las cláusulas sorpresivas

Este motivo tampoco debe ser estimado. Como hemos señalado en la sentencia del pleno de esta Sala 661/2019, de 12 de diciembre:

"Un criterio distintivo utilizado para determinar el concepto de cláusula limitativa, es referirlo con el contenido natural del contrato, esto es "[...] del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora" (SSTS 273/2016, de 22 de abril, 541/2016, de 14 de septiembre y 147/2017, de 2 de marzo). En este sentido, se atribuye la condición de limitativa a la cláusula sorpresiva que se aparta de dicho contenido (STS 58/2019, de 29 de enero). En el mismo sentido, se expresa la STS 715/2013, de 25 de noviembre, cuando precisa que "[...] incluso hay supuestos en que las cláusulas que delimitan sorprendentemente el riesgo se asimilan a las limitativas de los derechos del asegurado".

Muy gráficamente lo explica la STS 273/2016, de 22 de abril, cuando bajo el epígrafe expectativas razonables del asegurado, señala:

"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- y 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 [...] Precisamente cuando hay contradicción entre las cláusulas que definen el riesgo y las que lo acotan es cuando puede producirse una exclusión sorprendente".

En definitiva, cuando una determinada cobertura de un siniestro es objetiva y razonablemente esperada por el asegurado, por constituir prestación natural de la modalidad de seguro concertado, es preciso que la restricción preestablecida cuente con la garantía adicional de conocimiento que implica el régimen de las cláusulas limitativas, por lo que la eficacia contractual de las condiciones sorpresivas queda condicionada a las exigencias del art. 3 LCS".

Pues bien, en este caso, no es aplicable la mentada doctrina, en tanto en cuanto es inherente a la modalidad de seguro de vida pactado el establecimiento de un límite temporal de cobertura, que constituye su esencia; por lo que no cabe atribuir el calificativo de sorpresiva a una condición delimitadora ínsita en la propia naturaleza jurídica del contrato suscrito o dicho de otra forma de su alcance típico o usual.

3.- Formulación del último de los motivos de casación

Este motivo, igualmente por interés casacional, se fundamenta en la infracción por aplicación indebida del art. 3 de la LCS, en relación con los arts. 1285 y 1288 del CC.

4.- Desestimación del motivo



El recurso incurre en el óbice formal de citar una única sentencia, la 1056/2001, de 8 de noviembre, que no es de pleno.

En cualquier caso, determinado el contenido de las condiciones generales de la póliza NUM000 suscrita por la tomadora, la extinción del seguro a los 65 años de edad, conforma una cláusula de redacción clara y precisa, que no genera dudas interpretativas, que determinen la aplicación de la regla *contra proferentem* del art. 1288 del CC y su interpretación jurisprudencial (sentencias 248/2009, de 2 de abril; 601/2010, de 1 de octubre; 71/2019, de 5 de febrero; 373/2019, de 27 de junio, y 636/2020, de 25 de noviembre, entre otras), ni cabe alcanzar una conclusión distinta fundada en una hermenéutica sistemática de la póliza (art. 1285 CC).

QUINTO.- Costas y depósito

Las propias razones esgrimidas por la Audiencia y las dificultades fácticas que presentó el recurso para el propio tribunal provincial, así como la falta de celo de la compañía en la información precontractual y su documentación, conducen a que no se haga especial condena sobre las costas de la alzada (art. 398 LEC), pese a la desestimación del recurso.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido :

1.º- Desestimar el recurso de casación interpuesto contra la sentencia de fecha 11 de julio de 2017, dictada por la sección 1.ª de la Audiencia Provincial de Lugo, en el recurso de apelación núm. 634/2016, sin hacer especial pronunciamiento sobre las costas del recurso.

2.º- Se ordena la pérdida del depósito constituido al efecto.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de Sala.

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

Así se acuerda y firma.