
EL SEGURO DE PERSONAS EN LA RECENTE JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO



**Pedro-José Vela Torres
Magistrado Sala Primera Tribunal Supremo**

Las Palmas, 14 noviembre 2025

TRATAMIENTO LEGAL

- La LCS distingue entre los seguros contra daños (Título II) y los seguros de personas (Título III), tras regular en el Título I una serie de cuestiones generales, relativas a la celebración y documentación del contrato, las obligaciones y deberes de las partes, la duración del contrato y la prescripción de las acciones derivadas de él.
- Sin embargo, la LCS no regula lo que doctrinalmente se conoce como seguros de asistencia, que serían aquellos en los que la prestación del asegurador consiste en una prestación de servicios (por ejemplo, el seguro de asistencia sanitaria, el seguro de asistencia en viaje o el de decesos). Estos seguros, que no se corresponden exactamente con ninguna de las dos grandes categorías, sino que comparten características de ambas, con la especialidad de que la prestación puede no ser monetaria, sino en especie, también serán objeto de tratamiento en esta ponencia, por lo menos en aquellas modalidades que más tengan en común con los seguros de personas.

EL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO

- SSTS 661/2020, de 10 de diciembre; 647/2020, de 30 de noviembre; 639/2020 y 638/2020, ambas de 25 de noviembre; 77/2025, de 14 de enero; y 708/2025, de 9 de mayo.
- El art. 10 LCS, aplicable a toda clase de seguros, ha configurado, más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador, ya que éste, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos (STS 621/2018, de 8 de noviembre).
- Ello no implica que el cuestionario deba revestir una forma especial (SSTS 157/2016, de 16 de marzo, y 726/2016, de 12 de diciembre). Lo determinante es el contenido material del cuestionario (STS 222/2017, de 5 de abril).
- Formularios estereotipados (SSTS 157/2016, de 16 de marzo; 222/2017, de 5 de abril y 323/2018, de 30 de mayo): no incumple el tomador cuando se le presentan cláusulas estereotipadas acerca de su salud, en las que no se concretan preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura. Ante eso, no incumple quien no menciona una enfermedad sobre la que no se le pregunta.

REQUISITOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO

- **SSTS 53/2019, de 24 de enero; 235/2021, de 29 de abril;
708/2025, de 9 de mayo:**
 - que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante;
 - que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa;
 - que el riesgo declarado sea distinto del real;
 - que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración;
 - que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento;
 - que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO

- Si ha existido dolo o culpa grave: la aseguradora queda exonerada de la indemnización.
- Si hay inexactitud, pero no es dolosa o gravemente culposa: resulta aplicable la regla de proporcionalidad (o de equidad, como ha sido calificada en algunas ocasiones por el TS) prevista en el art. 10.3 LCS. Es decir, la responsabilidad de la aseguradora debe quedar reducida en la misma medida que la prima que hubiera debido recibir si el tomador hubiera declarado correctamente el riesgo (sentencias 712/2021, de 25 de octubre; y 144/2022, de 22 de febrero), conforme a la siguiente fórmula:

Prestación reducida (indemnización) = prestación (inicial) x prima neta pagada

prima neta acorde al riesgo real

NULIDAD DEL CONTRATO POR INEXISTENCIA DEL RIESGO AL TIEMPO DE CELEBRARLO

- STS 426/2018, de 4 de julio: seguro de vida con cobertura de invalidez permanente absoluta.
- La sala declaró la nulidad del contrato por inexistencia de riesgo, ya que el siniestro ya había ocurrido cuando se celebró el contrato, porque:
 - (i) El tomador padecía esquizofrenia paranoide diagnosticada y tratada desde mucho antes de contratarse el seguro y por la que había estado de baja durante un año y nueve meses y solicitado la incapacidad laboral permanente también antes de contratar el seguro, sin que llegara a existir resolución administrativa de incapacidad porque el interesado no acudió a la cita fijada por el tribunal médico que debía valorar su situación.
 - (ii) Fue el propio asegurado quien impidió su declaración de incapacidad antes de contratar el seguro.
 - (iii) Es patente, dado el conjunto de circunstancias concurrentes, que al contratarse el seguro faltaba el elemento de la aleatoriedad, consustancial al contrato de seguro.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS EN LOS SEGUROS DE VIDA

- Las garantías complementarias de los seguros de vida son coberturas opcionales a las principales, tanto de riesgo de muerte como de supervivencia. Estas coberturas están vinculadas al riesgo principal, así como al objeto cubierto por el riesgo principal y la póliza garantiza tales complementos en un contrato único.
- Al añadirse al contrato de seguro de vida las coberturas accesorias de invalidez, accidente o enfermedad (por citar las más frecuentes), el contrato no pierde su identidad formal, sino que sigue siendo un único contrato, con una única prima global, sin diferenciar según el conjunto de riesgos asumidos por el asegurador (sin perjuicio de que el añadido de la garantía complementaria se tenga en cuenta para el cálculo de las provisiones técnicas).
- Por ello, el incumplimiento en el pago de la prima del contrato principal (seguro de vida o supervivencia) dejará también sin cobertura la garantía complementaria (SSTS 540/2006, de 8 de junio, y 789/2024, de 3 de junio).

SEGUROS DE PERSONAS MÚLTIPLES O CUMULATIVOS

- STS 609/2019, de 14 de noviembre.
- En los seguros de personas no opera la previsión del art. 32 LCS. La acumulación de pólizas de seguro de personas para el mismo riesgo es una opción contractual que tiene como finalidad cubrirse lo máximo posible ante una contingencia como la enfermedad, la incapacidad o la muerte. En los seguros de personas no opera el principio de indemnización efectiva, propio de los seguros de daños, por lo que las prestaciones aseguradas en las pólizas de seguros de personas son acumulables entre ellas sin distribución proporcional.
- En consecuencia, una cláusula contractual que impide que el asegurado pueda percibir la totalidad de las sumas aseguradas, estableciendo un régimen de compensación entre las distintas pólizas, no puede ser conceptuada como de delimitadora del riesgo, sino que, claramente, limita los derechos del asegurado, en relación con el contenido natural del contrato, que supone que, en los seguros de personas, el asegurado pueda exigir el cumplimiento íntegro de cada contrato individual.

DELIMITACIÓN COBERTURA SEGUROS ACCIDENTES

- En el seguro voluntario de accidentes, cualquier restricción mediante cláusulas que determinen las causas o circunstancias del accidente o las modalidades de invalidez, por las que queda excluida la cobertura, supondría una cláusula limitativa de derechos del asegurado (STS, Sala 1^a –Pleno- 402/2015, de 14 de julio).
- En el caso concreto de la conducción bajo los efectos de bebidas alcohólicas, la cláusula que excluye en la póliza de seguro de accidentes los producidos en situación de embriaguez manifiesta debe considerarse limitativa, por cuanto tal situación no constituye ni demuestra por sí misma la concurrencia de intencionalidad del asegurado en la producción del accidente (SSTS 704/2006, de 7 de julio1095/2008, de 13 de noviembre; 1029/2008, de 22 de diciembre; 86/2011, de 16 de febrero; 402/2015, de 14 de julio; y 404/2016, de 15 de junio).
- Las cláusulas incluidas en seguros de accidentes que suponen una restricción de la suma a indemnizar en caso de invalidez permanente, al introducir baremos porcentuales que disminuyen la indemnización pactada, son limitativas (STS núm. 676/2008, de 15 de julio; y 541/2016 y 543/2016,⁹ ambas de 14 de septiembre).

FECHA DEL SINIESTRO EN LOS SEGUROS DE ACCIDENTES

- STS –Pleno- 736/2016, de 21 de diciembre. Unifica jurisprudencia contradictoria de la propia Sala y la coordina con los pronunciamientos de la Sala de lo Social del TS.
- Establece que el día inicial de devengo del interés por mora de la aseguradora en el seguro de accidentes con cobertura de invalidez o incapacidad, es la fecha del accidente y no la fecha de la declaración de incapacidad.
- El art. 104 LCS no es óbice para la aplicación de la doctrina expuesta, puesto que lo que se establece en dicho precepto es una regla de liquidación de un siniestro una vez producido, por lo que resulta de aplicación preferente lo dispuesto en el art. 100 LCS, que es la norma que establece el concepto legal de accidente.

FECHA DEL SINIESTRO EN LOS SEGUROS DE INVALIDEZ

- **Sentencia (pleno) 129/2023, de 31 de enero.**
- Coordinación con la jurisprudencia de la Sala Cuarta: sentencia del pleno de 14 de abril de 2010 (rec. 1813/2009, ECLI:ES:TS:2010:2746).
- (i) 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 acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI.
- (ii) Como excepción, la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles.

SEGURO DE VIDA Y/O INVALIDEZ PARA COBERTURA DE PRÉSTAMO

- STS 222/2017, de 5 de abril.
- Ante la inactividad de la entidad bancaria beneficiaria, el tomador del seguro tiene legitimación activa, en cuanto que parte del contrato para reclamar su cumplimiento, sin perjuicio de que el abono de la indemnización deba hacerse a la beneficiaria.
- Esta modalidad de seguro responde a un interés compartido por la tomadora/asegurada demandante y la entidad de crédito prestamista: el de la primera, quedar liberada de su obligación de devolver el préstamo si se producía el siniestro; y el de la segunda, garantizarse la devolución del préstamo si no lo devolvía la prestataria en caso de muerte o invalidez. De donde resulta de manera más que evidente el interés legítimo de la asegurada, y en caso de muerte, el de quienes le sucedan en sus derechos y obligaciones, en que el seguro responda a la causa por la que se contrató, se haga efectivo y, en consecuencia, se la libere de su obligación de devolver el préstamo por quedar entonces la obligación de devolver el capital pendiente a cargo de la aseguradora.

SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE

- **Sentencia 905/2023, de 7 de junio.**
- Modalidad de seguro no prevista expresamente en la LCS, pero cuya regulación es aplicable.
- Respecto del deber de comunicación por el tomador o asegurado del siniestro, distingue entre la prestación inmediata de la asistencia en viaje, de las que se dilatan el tiempo (indemnizatorias o de reintegro de gasto).
- El incumplimiento del deber de comunicación no implica necesariamente la posibilidad de denegar la indemnización, salvo en los casos de dolo o culpa grave, pero si, en su caso, la posibilidad de solicitar la aseguradora indemnización de daños y perjuicios que ese retraso le haya ocasionado.
- El retraso inicial en la comunicación del siniestro estuvo justificado por la gravedad del estado de salud del asegurado, que tuvo que ser intervenido de urgencia (septicemia), mientras que el retraso posterior (que no ocultación de información) no consta que causara perjuicios económicos a la aseguradora, o por lo menos, ni fueron justificados, ni reclamados por vía de reconvención o de compensación.

MUERTE DEL ASEGURADO CAUSADA POR BENEFICIARIO INIMPUTABLE

- STS 1061/2025, de 2 de julio: beneficiario de un seguro de vida reclama la indemnización por el fallecimiento del asegurado.
- La compañía de seguros denegó la indemnización, con invocación del art. 92 LCS, porque el beneficiario había causado dolosamente la muerte del asegurado. La demanda formulada por la representación legal del beneficiario fue desestimada en ambas instancias.
- La Sala Primera TS estimó en parte el recurso de casación interpuesto por la parte demandante, porque al interpretar la expresión «causada dolosamente por el beneficiario», empleada en el mencionado art. 92 LCS, concluyó que el beneficiario no había causado intencionadamente la muerte de la asegurada, puesto que la sentencia penal recaída en el juicio en el que había sido encausado había declarado probado que el acusado padecía un deterioro cognitivo compatible con un Síndrome Demencial, que le afectaba de manera severa en su entendimiento de la realidad que le rodeaba, hasta abolir de manera plena su capacidad de comprensión.
- En consecuencia, interpreta la Sala Primera que, en tanto que la sentencia penal descartó la imputabilidad del acusado, beneficiario del seguro, al apreciar la eximente prevista en el art. 20.1º del Código Penal, no cabía considerar que mediara la intencionalidad a la que se refiere el citado art. 92 LCS cuando hace mención a la comisión dolosa.

PRESCRIPCIÓN SEGURO PERSONAS

- Plazo. Acción del beneficiario contra la aseguradora. STS (Pleno) 271/2021, de 10 de mayo: En los seguros de personas, la acción del beneficiario contra la compañía de seguros está sujeta al plazo de prescripción del art. 23 LCS, porque aunque el beneficiario no sea parte en el contrato de seguro, su derecho nace de ese contrato y la acción deriva del mismo.
- La subrogación del asegurador en el crédito del asegurado (art. 43 LCS) no altera el régimen de prescripción de la acción que el asegurado tuviera frente al tercero responsable. Si el crédito era de naturaleza contractual, se aplicará el plazo de prescripción del art. 1964-2 CC -o de la norma especial que regule el concreto contrato-, y si era extracontractual, resultará aplicable el plazo previsto en el art. 1968.2º CC (sentencias 293/2020, de 12 de junio; y 798/2021, de 22 de noviembre).
- La subrogación no comporta una interrupción del plazo de prescripción propio de la acción de la que era titular el asegurado, por lo que el cómputo del plazo de la acción adquirida por el asegurador se inicia el día en que el asegurado pudo ejercitar la acción (sentencias 1219/2006, de 7 de diciembre, y 798/2021, de 22 de noviembre).

FIN DE LA PRESENTACIÓN:
¡Muchas gracias por su atención!