



Roj: **STS 786/2026 - ECLI:ES:TS:2026:786**

Id Cendoj: **28079110012026100298**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **23/02/2026**

Nº de Recurso: **1046/2021**

Nº de Resolución: **283/2026**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SJPI, Toledo, núm. 3, 08-01-2018 (proc. 242/2016),
SAP TO 1648/2020,
STS 786/2026**

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 283/2026

Fecha de sentencia: 23/02/2026

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 1046/2021

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 17/02/2026

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

Procedencia: SECCIÓN 1.ª DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE TOLEDO

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora Carmen Garcia Alvarez

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN núm.: 1046/2021

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

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora Carmen Garcia Alvarez

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 283/2026

Excmas. Sras. y Excmos. Sres.

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. **José Luis Seoane Spiegelberg**

D. Antonio García Martínez

D. Manuel Almenar Belenguer

D.^a Raquel Blázquez Martín

En Madrid, a 23 de febrero de 2026.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D. Urbano, representado por el procurador D. José Andrés Cayuela Castillejo, bajo la dirección letrada de D. Miguel Torres Mingot, contra la sentencia n.º 1126, dictada por la Sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Toledo, en el recurso de apelación n.º 409/2018, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 242/2016, del Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de Toledo. Ha sido parte recurrida Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., representada por la procuradora D.^a Raquel Pintado Vázquez y bajo la dirección letrada de D.^a Ana Isabel Orejas Arias.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.-El procurador D. José Luis Vaquero Montemayor, en nombre y representación de D. Urbano, interpuso demanda de juicio ordinario contra Caja España Vida, Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A., en la que solicitaba se dictara sentencia:

«[p]or la que estime íntegramente la demanda interpuesta, obligando a la demandada a pagar al beneficiario de la póliza, Entidad Financiera Caja España, el importe asegurado, 116.500 €, más intereses».

2.-La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de Toledo y se registró con el n.º 242/2016. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.-La procuradora D.^a Raquel Pintado Vázquez, en representación de Caja España Vida, Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

«[d]icte sentencia por la que se desestime íntegramente la demanda interpuesta, con imposición a la parte actora de las costas causadas y con todo lo demás que sea procedente en Derecho».

4.-Tras seguirse los trámites correspondientes, el Magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de Toledo dictó sentencia de fecha 8 de enero de 2018, con la siguiente parte dispositiva:

«SE ESTIMA LA DEMANDA formulada por D. Urbano, defendido por D.^a María Aránzazu Gallardo y representado por D. José Luis Vaquero Delgado contra Caja España Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, representada por D.^a Raquel Pintado Vázquez y defendida por D.^a Ana Isabel Orejas Arias, condenando a la demandada a pagar al beneficiario de la póliza, Entidad Financiera Caja España, el importe asegurado, 116.500 euros, más intereses.

»Se condena en costas a la parte demandada».

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.-La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de Caja España Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros.

2.-La resolución de este recurso correspondió a la sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Toledo, que lo tramitó con el número de rollo 409/2018, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 28 de octubre de 2020, cuya parte dispositiva dispone:

«SE ESTIMA el recurso de apelación que ha sido interpuesto por la representación procesal de CAJA ESPAÑA VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, contra la sentencia dictada por el Juzgado de 1.^a Instancia Núm. 3 de Toledo, con fecha 8 de enero de 2018, en el procedimiento núm. 242/16, de que dimana este rollo, la que se REVOCA para en definitiva absolver a la demandada de las pretensiones sin declaración expresa sobre las costas procesales de instancia y apelación; con devolución del depósito para recurrir».

Por dicha sección se dictó auto de aclaración el 24 de noviembre de 2020 con el siguiente fallo:

«Se aclara la sentencia recaída en apelación de fecha 28 de octubre de 2020, en el Procedimiento Ordinario Núm. 242/2016, del Juzgado de 1.^a Instancia Núm. 3 de Toledo, Rollo de la Sala núm. 409/2018; en el sentido de precisar que la declaración de invalidez absoluta permanente se produce el 13 de Abril de 2011 y no como por error se hace constar el 13 de Abril de 2010».

TERCERO.- *Interposición y tramitación del recurso de casación*

1.-El procurador D. José Andrés Cayuela Castillejo, en representación de D. Urbano , como sucesor procesal de D. Urbano , interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

«PRIMERO.- Al amparo del artículo 477.2.3º de la LEC, por infracción de los artículos 83 y 100 en relación con los artículos 105 y 106, todos de la Ley de Contrato de Seguro y por existencia de jurisprudencia contradictoria de Audiencias Provinciales respecto del concepto de riesgo cubierto considerando este como (i) la enfermedad generadora de la incapacidad o (ii) la declaración de incapacidad permanente absoluta (posición de la Sentencia Recurrida)».

«SEGUNDO.- Al amparo del artículo 477.2.3º de la LEC, por infracción de los artículos 83 y 100 en relación con los artículos 105 y 106, todos de la Ley de Contrato de Seguro por infracción basada en inaplicación de la doctrina establecida por la sentencia del pleno del Tribunal Supremo 736/2016 de 21 de diciembre de 2016 (ecli: es:ts:2016:5525 / id cendoj: 28079119912016100031)».

«TERCER MOTIVO.- Infracción por la sentencia recurrida del artículo 1281.1 del Código Civil en relación con los artículos 3 de la Ley de Contrato de Seguro y 1288 del Código Civil, por infracción de las ssts que se citan seguidamente incluyendo la infracción de la doctrina de prohibición de cláusulas sorprendentes, por establecer la sentencia recurrida que la declaración de incapacidad permanente absoluta constituye el siniestro y riesgo asegurado».

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 8 de marzo de 2023, cuya parte dispositiva es como sigue:

«1.º) Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación de D. Urbano contra la sentencia dictada con fecha de 28 de octubre de 2020, aclarada por auto de 24 de noviembre de 2020, por la Audiencia Provincial de Toledo (Sección 1ª), en el rollo de apelación n.º 409/2018, dimanante del juicio ordinario n.º 242/2016 del Juzgado de Primera instancia n.º 3 de Toledo.

»2.º) Abrir el plazo de veinte días, a contar desde la notificación de este auto, para que la parte o partes recurridas formalicen por escrito su oposición al recurso. Durante este plazo las actuaciones estarán de manifiesto en la Secretaría.

»Contra esta resolución no cabe recurso».

3.-Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4.-Por providencia de 9 de enero de 2026 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 17 de febrero del presente, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Antecedentes relevantes

A los efectos decisorios del presente recurso, partimos de los antecedentes relevantes siguientes:

1.º-D. Urbano suscribió con Caja España Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, una póliza de seguro que cubría, entre otros riesgos, el fallecimiento, excepto por causa de suicidio en el primer año de vigencia del contrato, así como la invalidez permanente y absoluta, esta última con una suma objeto de cobertura de 116.500 euros.

Dicha póliza se suscribió con fecha 22 de diciembre de 2006, con una vigencia de 12 meses, prorrogables, y se encontraba vinculada al préstamo con garantía hipotecaria de 21 de diciembre de 2006, concertado con Caja España de Inversiones, Caja de Ahorros y Monte de Piedad como prestamista, y D. Urbano y su esposa como prestatarios.

2.º-La beneficiaria del seguro, en la modalidad de invalidez, era la precitada entidad financiera, de forma irrevocable, por el saldo pendiente de la operación vinculada en la fecha de ocurrencia del siniestro, más un máximo de 60 días de intereses devengados, y por el exceso, si lo hubiere, el beneficiario es el propio asegurado. La prima anual inicial se fijó en la suma de 1.347,33 euros.

3.º-En el contrato suscrito se definió la invalidez permanente absoluta en los términos siguientes:

«La situación física irreversible, ocasionada por enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la edad determinada en las condiciones particulares como límite para el aseguramiento y comprobada médicamente que deje al asegurado inútil para llevar a cabo todo tipo de trabajo remunerado».

4.º-El día 24 de noviembre de 2009, se apreció en el asegurado una masa tumoral que fue diagnosticada, el 15 de diciembre de 2009, como adenocarcinoma de pulmón. Causó baja por incapacidad temporal y enfermedad común el 29 de diciembre de 2009.

5.º-El día 22 de diciembre de 2010, el asegurado dejó de pagar la renovación de la póliza, cuyo periodo de vigencia anual vencía en dicha fecha.

6.º-El 19 de enero de 2011, se le reconoce al demandante un grado de discapacidad del 65%, y por resolución de la Seguridad Social de 8 de julio de 2011, una incapacidad permanente absoluta con efectos económicos del 13 de abril de 2011.

7.º-Así las cosas, D. Urbano ejercitó una acción de cumplimiento del contrato de seguro, cuyo conocimiento correspondió al Juzgado de Primera Instancia número 3 de Toledo, que la tramitó con oposición de la entidad aseguradora. En el suplico de su demanda postuló la condena de la compañía de seguros a pagar al beneficiario de la póliza, la entidad Financiera Caja España, el importe asegurado de 116.500 euros, más intereses.

El procedimiento finalizó por sentencia estimatoria de la demanda en la que se argumentó, en síntesis, que la causa generadora de la invalidez del actor fue la enfermedad que se le diagnosticó y trató durante la vigencia de la póliza; por consiguiente, el grado de incapacidad, que mantiene el demandante, considerada como de invalidez permanente y absoluta, es consecuencia directa de la evolución del proceso patológico sufrido desde la declaración de incapacidad temporal de 29 de diciembre de 2009. No puede identificarse la invalidez con su declaración por parte de la Administración, ni que para apreciarla se requiera la declaración del INSS, dado que su realidad o inexistencia se puede constatar al margen de las resoluciones de los organismos competentes de la Seguridad Social. En apoyo de la decisión adoptada se citó la doctrina de las sentencias de esta Sala 1.ª del Tribunal Supremo de 22 de abril de 2008 y 23 de diciembre de 1999, así como se descartó la aplicación al caso de la establecida por la sentencia de 8 de junio de 2006.

8.º-El 14 de marzo de 2020 falleció el demandante, ocupando su lugar, por sucesión procesal, su hijo y heredero testamentario D. Urbano.

9.º-Contra la decisión del juzgado se interpuso por la compañía de seguros recurso de apelación. Su conocimiento correspondió a la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Toledo, que dictó sentencia revocatoria de la pronunciada por el juzgado.

Para ello, el tribunal argumentó que el seguro objeto del proceso es de vida, no de accidentes, en el que el riesgo asegurado es la invalidez o incapacidad absoluta permanente y no la iniciación de la enfermedad común. La póliza suscrita no cubre la enfermedad o la baja por incapacidad temporal, sino la invalidez permanente absoluta cuando se constate médicamente, situación que, en este caso, se acredita mediante la resolución del INSS, de modo que es indiferente que la enfermedad o la incapacidad temporal tenga lugar con anterioridad o durante la vigencia de la póliza, pues no es ese el momento de la invalidez. De hecho, el actor fue sometido a tratamiento antes de que pudiera determinarse el desenlace de la patología sufrida.

La audiencia razona que no cabe confundir el contrato litigioso con el seguro de accidentes, en el que el siniestro cubierto es el propio accidente con sus secuelas o consecuencias a posteriori, aunque se descubran o traten con posterioridad, siempre que concurra relación causal. Continúa su argumentación sosteniendo que, cuando se produce la declaración de invalidez, el 13 de abril del 2011, ya no se hallaba vigente la póliza, pues la misma había quedado suspendida en sus efectos el 22 de enero de 2010, por el impago de la prima, y extinguida definitivamente después por aplicación del artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

10.º-Contra dicha sentencia la parte demandante interpuso recurso de casación

SEGUNDO.- *Fundamento, desarrollo y examen de los motivos de inadmisibilidad alegados con respecto al primer motivo del recurso de casación interpuesto*

El primer motivo se fundamentó en la infracción de los artículos 83 y 100 en relación con los artículos 105 y 106, todos ellos de la Ley de Contrato de Seguro, y por existencia de jurisprudencia contradictoria de las audiencias provinciales respecto del concepto de riesgo cubierto, al ser considerado este como: (i) la enfermedad generadora de la incapacidad o (ii) la declaración de incapacidad permanente absoluta (posición de la sentencia recurrida).

En su desarrollo, el recurrente sostiene que el carcinoma causante de la invalidez permanente absoluta del asegurado se produjo bajo la vigencia de la póliza y que, por lo tanto, debe ser objeto de cobertura, aun cuando

la resolución del INSS de reconocimiento de tal incapacidad se acordase unos meses después de que venciera la vigencia de la póliza por impago de la prima. Se afirmó que la declaración de invalidez por dicho organismo público no es una formalidad administrativa determinante a la hora de apreciar si el siniestro asegurado se produjo durante el marco temporal de la vigencia de la póliza objeto del proceso.

La compañía aseguradora se opuso a la admisibilidad del recurso. A tales efectos, sostiene que la parte recurrente realiza una cita de preceptos heterogéneos, y argumenta que, en el presente caso, no nos encontramos ante un seguro de accidentes, tal y como se define por el art. 100 de la LCS, ni de enfermedad en la configuración que atribuyen a tal cobertura los arts. 105 y 106 de dicha disposición general, sino ante un seguro de vida con una garantía adicional de invalidez absoluta y permanente. Se sostiene, además, que el recurso se fundamenta en la existencia de jurisprudencia contradictoria entre tribunales, que deviene improcedente al existir jurisprudencia al respecto de esta Sala 1.^a del Tribunal Supremo, y que, en todo caso, tampoco concurren los requisitos para apreciar la divergencia de criterios entre los tribunales provinciales para reputar concurrente dicho interés.

No podemos aceptar los motivos de inadmisibilidad alegados, que determinarían, en este trance decisorio, la desestimación del motivo del recurso interpuesto sin entrar en el examen de la cuestión de fondo que suscita (SSTS 97/2011, de 18 de febrero, 548/2012, de 20 de septiembre, 564/2013, de 1 de octubre, 146/2017, de 1 de marzo, 997/2023, de 20 de junio; 676/2024, de 13 de mayo; 1075/2024, de 9 de septiembre; 535/2025, de 3 de abril y 9/2026, de 13 de enero), cual es, si el siniestro objeto de cobertura se puede reputar producido bajo la vigencia de la póliza, y si, por lo tanto, procede o no la condena de la compañía aseguradora demandada, cuestión sobre la que no se había pronunciado esta sala a la fecha de la sentencia recurrida dictada por la Audiencia Provincial de Toledo, el 28 de octubre de 2020, y que ofrecía interés casacional, como resulta que nos pronunciáramos al respecto, con posterioridad, en la sentencia de pleno 129/2023, de 31 de enero.

Tampoco, es exacta la afirmación de la parte recurrente de que la póliza no cubría los accidentes, aun cuando en el caso presente nos hallemos ante una enfermedad común que desencadenó la invalidez, dada la definición contractual de esta última como «situación física irreversible, ocasionada por enfermedades o accidentes».

Es innegable que, para que se produzca el siniestro típico cubierto por el seguro de accidentes, se dé la confluencia de una cadena o sucesión de hechos con relevancia jurídica íntimamente conectados entre sí, que la doctrina denomina «desgracia accidental», consistentes en la concurrencia de un evento violento, súbito, externo e involuntario, que genere una lesión corporal que, a su vez, produzca invalidez temporal, permanente o la muerte. Sólo la concurrencia de dichos factores determinará la obligación de la compañía de hacerse cargo del siniestro asegurado, por lo que compartimos el criterio de la sentencia recurrida relativo a que, en el caso presente, la patología sufrida por el demandante, que desencadenó su invalidez permanente absoluta, no fue fruto de un accidente, cuestión distinta es que no constituya un riesgo objeto de cobertura.

En la STS 426/2020, de 15 de julio, nos pronunciamos sobre la diferencia entre las precitadas clases de seguro de la forma siguiente:

«4.- Tampoco cabe confundir el seguro de accidentes con el seguro de vida, en la medida en que en éste es la muerte o la supervivencia, o ambas a la vez, las que conforman el objeto de la cobertura, que obliga a la compañía aseguradora a satisfacer al beneficiario un capital, renta u otras prestaciones convenidas (art. 83 LCS); mientras que lo que cubre el seguro de accidentes es la lesión corporal, que llegue a producir la muerte -o la invalidez temporal o permanente- del asegurado, como consecuencia del accidente (art. 100 LCS).

»5.- En este esfuerzo delimitador, la sentencia de esta Sala núm. 1148/2003, de 27 de noviembre, diferenció también el seguro de accidentes, del seguro de vida y del seguro de enfermedad:

»"[...] en el seguro sobre la vida, para el caso de muerte, el riesgo asegurado es precisamente el fallecimiento de la persona, cualquiera que sea su causa, salvo que ésta se encuentre excluida de manera expresa en la póliza (artículo 91). En el seguro de enfermedad, el riesgo es precisamente la presencia de ésta, que puede ser causa no sólo de los gastos necesarios para su cuidado, sino también de una invalidez, temporal o permanente, pero, a diferencia de lo que sucede en el accidente, la enfermedad ha de deberse a unas causas diversas a las que producen éste"».

La cita de los preceptos infringidos cara a la distinción o delimitación del riesgo asegurado no constituye en este caso un óbice procesal impeditivo para entrar en el conocimiento del recurso.

En este sentido, esta sala distingue entre causas absolutas y relativas de inadmisibilidad.

En efecto, como señalamos en las SSTS 1233/2024, de 3 de octubre; 1634/2024, de 5 de diciembre; 459/2025, de 24 de marzo; 827/2025, de 27 de mayo, 1178/2025, de 21 de julio, 1655/2025, de 18 de noviembre, entre otras muchas, que:

«[e]ste tribunal ha elaborado la doctrina de las causas absolutas y relativas de inadmisibilidad, fijada en el auto del pleno de 6 de noviembre de 2013 (recurso 485/2012), asumida en resoluciones posteriores como las sentencias 577/2015, de 5 de noviembre; 667/2016, de 14 de noviembre; 292/2017, de 12 de mayo; o más recientemente 142/2021, de 15 de marzo; 629/2021, de 27 de septiembre; 658/2021, de 4 de octubre; 843/2021, de 9 de diciembre; 283/2022, de 4 de abril, 1032/2022, de 23 de diciembre o 1219/2023, de 11 de septiembre, entre otras muchas. Según tal doctrina:

»"[...] puede ser suficiente para pasar el test de admisibilidad y permitir el examen de fondo del recurso, la correcta identificación de determinados problemas jurídicos, la exposición aun indiciaria de cómo ve la parte recurrente el interés casacional y una exposición adecuada que deje de manifiesto la consistencia de las razones de fondo. En tales casos, una interpretación rigurosa de los requisitos de admisibilidad que impidan el acceso a los recursos extraordinarios no es adecuada a las exigencias del derecho de tutela efectiva jurídica de la sentencia (sentencias 667/2016, de 14 de noviembre, con cita de la 439/2013, de 25 de junio; 2/2017, de 10 de enero y 149/2017, de 2 de marzo)".».

En este caso, la parte recurrente plantea una cuestión de naturaleza jurídica, no resuelta y carente de jurisprudencia por parte de esta sala en el concreto momento en el que fue planteado el recurso, con respeto a los hechos probados fijados por la sentencia de la audiencia, y cuyo interés casacional fue apreciado, por este tribunal, al admitir a trámite y decidir una cuestión con evidente identidad de razón avocada a pleno que dio lugar a la STS 129/2023, de 31 de enero.

Por todo ello, el recurso interpuesto sobrepasa la barrera de la admisibilidad, ya apreciada, en su día, en el auto de 8 de marzo de 2023, que se refrenda a través de esta resolución en virtud del conjunto argumental antes expuesto.

TERCERO.- Examen y estimación del motivo del recurso

3.1 Examen de la jurisprudencia de la Sala sobre la cuestión debatida en el proceso.

Esta Sala ha tenido oportunidad de pronunciarse sobre una cuestión, que guarda identidad de razón con la que es objeto de este proceso, en la STS 129/2023, de 31 de enero, del pleno, en un caso en el que se trataba, también, de un seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario con cobertura de incapacidad permanente. En dicho supuesto, como acontece en el que ahora nos ocupa, resultaba que, cuando aún estaba en vigor el contrato, el asegurado fue dado de baja y diagnosticado a los pocos días de leucemia. Sucedió que, año y medio después, cuando el seguro ya no estaba vigente, fue declarado en situación de incapacidad permanente tras el dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades, que describía el cuadro clínico principal como leucemia aguda. La compañía se negó a dar cobertura al siniestro por entender que se había producido fuera del marco temporal de la póliza suscrita. Estimada la demanda se desestimó el recurso de casación de la compañía sobre tal cuestión controvertida en virtud de un conjunto argumental perfectamente extrapolable al caso que ahora examinamos. En dicha sentencia, con el análisis de la jurisprudencia de la Sala, dijimos lo siguiente:

«Decisión de la Sala. Fecha del siniestro en los seguros de invalidez. Desestimación de los dos primeros motivos de casación

»1.-La sentencia 100/2011, de 2 de marzo, que se remite a la sentencia 372/1996, de 16 de mayo, estableció que en el seguro de vida que incluye como cobertura complementaria la incapacidad o invalidez como consecuencia de enfermedad, el riesgo asegurado es la incapacidad o invalidez declarada mediante resolución administrativa o judicial y no la enfermedad que dio lugar a la misma, que solamente sería el hecho generador del 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.

»No obstante, estos pronunciamientos tuvieron lugar en casos en los que no se discutía concretamente cuál era la fecha del siniestro en este tipo de seguros, sino que la cuestión litigiosa versaba sobre qué compañía de seguros debía cubrir un siniestro en caso de sucesión de pólizas (las citadas sentencias 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo), o sobre la validez de una cláusula que anticipaba expresamente la fecha del siniestro a la del diagnóstico de la enfermedad (sentencia 60/2021, de 8 de febrero). Según esta jurisprudencia, salvo pacto expreso en contrario, en el seguro de incapacidad o invalidez el pago de la indemnización corresponde a la aseguradora cuyo contrato estaba en vigor cuando se produjo la declaración de invalidez, aunque no lo estuviera cuando se inició la enfermedad invalidante.

»2.-En contraposición a tales pronunciamientos, la sala ha dado un tratamiento diferente al seguro que cubre la incapacidad o invalidez causada por un accidente, en el que, a efectos de determinación de la fecha del siniestro, lo relevante es la fecha en que se produjo el accidente, aunque posteriormente se produzca la declaración de la incapacidad (sentencia del pleno 736/2016, de 21 de diciembre).



»3.-A diferencia de lo que sucede con el seguro de accidentes (art. 100 LCS), la LCS no da una definición de invalidez, posiblemente porque el seguro de invalidez, o de incapacidad permanente, no está regulado como tal en la Ley, con *nomen iuris* propio, y suele introducirse en la práctica aseguradora como una cobertura complementaria en los seguros de vida, al amparo de la amplitud de configuración contractual en los seguros de personas que permite el art. 80 LCS.

»En el ámbito específico de la legislación de la Seguridad Social, la incapacidad permanente viene definida en el art. 193.1 LGSS, pero no basta con encontrarse en la situación descrita en el precepto (padecimiento de reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen la capacidad laboral), sino que, para ser beneficiario de la prestación correspondiente, dicha situación ha de ser expresamente declarada por los organismos competentes de la Seguridad Social (arts. 195 y 200 LGSS).

»Por su parte el art. 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 del sistema de la Seguridad Social, establece:

»"El hecho causante de la prestación se entenderá producido en la fecha en la que se haya extinguido la incapacidad temporal de la que se derive la invalidez permanente.

»En los supuestos en que la invalidez permanente no esté precedida de una incapacidad temporal o ésta no se hubiera extinguido, se considerará producido el hecho causante en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del equipo de valoración de incapacidades».

»En el caso objeto del recurso, se da la circunstancia del segundo párrafo, puesto que hubo continuidad entre la incapacidad temporal no extinguida y la invalidez permanente, ya que el Sr. Ruperto fue primeramente dado de baja laboral en agosto de 2014 (en esa fecha todavía estaba en vigor el contrato de seguro), y finalmente por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 16 de marzo de 2016 (cuando el contrato ya no estaba en vigor), fue declarado en situación de incapacidad permanente por enfermedad común.

»4.-Esta normativa de Seguridad Social ha sido interpretada por la Sala de lo Social de este Tribunal Supremo en el sentido de que «el acto declarativo de la IP es un acto complejo, en el que es distinguible un aspecto de valoración médica y otro de valoración jurídica y solo por la conjunción de ambos puede surgir el fenómeno, propiamente jurídico-social, del reconocimiento de la IP» (sentencia de 6 de noviembre de 2008, rec. 4255/2007, ECLI:ES:TS:2008:6582).

»A su vez, la sentencia del pleno de dicha Sala Cuarta de 14 de abril de 2010 (rec. 1813/2009, ECLI:ES:TS:2010:2746) declaró que, respecto de la fecha del hecho causante de la incapacidad permanente por enfermedad común no podía adoptarse la misma solución que respecto de la fecha del accidente:

»"[d]ada la dificultad de fijar el momento en que se inicia de forma trascendente la situación de enfermedad común de la que sin solución de continuidad deriva necesariamente la posterior declaración de incapacidad permanente".

»Así como que:

»"[l]a enfermedad en cuanto, 'perturbación del estado de salud' presenta más dificultades de determinación temporal que el accidente -laboral o no-, pues éste opera produciendo una lesión corporal como consecuencia de una acción 'violenta, súbita y externa' que es fácilmente observable en su principio y fin. El carácter más difuso de la enfermedad complica los problemas de inclusión del siniestro en el ámbito de la cobertura, pues, por una parte, puede fomentar la denominada 'antiselección de riesgos' con respecto a enfermedades anteriores al seguro y, por otra, en sentido contrario, genera dificultades en orden a la fijación del límite de la cobertura respecto a las secuelas de la enfermedad que se manifiestan después de terminada la vigencia del contrato, en especial en las enfermedades en que el efecto propiamente invalidante se proyecta en el tiempo a partir de una evolución a veces muy lenta o del desencadenamiento de una crisis".

»Razones todas por las que la mencionada sentencia de pleno concluyó:

»(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 acudir 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.

»5.-Del mismo modo que en su día consideramos procedente coordinar la jurisprudencia de esta sala en materia de fecha del siniestro en el seguro de accidentes con la de la sala de lo social de este Tribunal Supremo (sentencia del pleno 736/2016, de 21 de diciembre), ahora consideramos procedente igualmente llevar a cabo la misma coordinación respecto de la fecha del siniestro en el seguro de invalidez o incapacidad permanente. Por lo que debemos hacer nuestras las mismas conclusiones, sobre la regla general y la excepción, expuestas en el apartado anterior, que además, no solo no se oponen a los pronunciamientos previos de esta sala, sino que la regla general coincide con las conclusiones de las sentencias 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo, y la excepción con la admisibilidad de tal circunstancia contemplada en la sentencia 60/2021, de 8 de febrero.

»6.-Conforme a tales criterios y tomando como fecha del siniestro la del dictamen del EVI (24 de febrero de 2016), en el caso objeto de enjuiciamiento el siniestro se habría producido fuera del periodo de vigencia de la póliza si tomáramos en consideración la regla general. Pero los datos médicos descritos en el fundamento jurídico primero revelan que la enfermedad causante de la incapacidad permanente -la leucemia- se reveló como permanente e irreversible desde el primer diagnóstico, el 4 de septiembre de 2014, cuando la póliza todavía estaba en vigor. Por lo que estaríamos en el caso previsto en la excepción, que permite considerar como fecha del siniestro la del diagnóstico de la enfermedad.

»7.-Como quiera que la cláusula contractual que fijaba la fecha del siniestro excluía la posibilidad de que la misma pudiera ser anterior a la de las resoluciones administrativas (en particular, el dictamen del EVI), debe considerarse limitativa de los derechos del asegurado. Por lo que, al no reunir los requisitos del art. 3 LCS (no aparece resaltada en la póliza ni consta aceptada expresamente), resulta inoponible al asegurado. De modo que la interpretación contractual realizada en la instancia ha de considerarse ajustada a Derecho».

3.2 Examen de las circunstancias concurrentes en el caso objeto del recurso.

Pues bien, en este caso, resulta que el asegurado D. Urbano fue diagnosticado y tratado de un cáncer de pulmón vigente la cobertura de la póliza. En efecto, el 24 de noviembre de 2009, se le apreció una masa tumoral que fue diagnosticada, el 15 de diciembre siguiente, como adenocarcinoma de pulmón, intervenido quirúrgicamente y sometido a tratamiento durante la vigencia de la póliza, dicha enfermedad provocó la situación de incapacidad temporal de la que fue dado de alta el 28 de diciembre de 2010, seis días después de la suspensión de la cobertura (art. 15 LCS), con la finalidad de pasar al control del INSS, al agotar los 365 días de IT, lo que provocó, sin solución de continuidad, la declaración del demandante en situación de incapacidad permanente absoluta con efectos de 13 de abril de 2011, menos de cuatro meses desde el vencimiento de la póliza sin haber sido prorrogada por el asegurado, de manera que, una vez recibida la baja laboral después de la intervención quirúrgica y tratamiento dispensado, no fue posible que el demandante pudiera incorporarse a alguna clase de trabajo.

En la póliza pactada no se condicionó la invalidez a la declaración de la Seguridad Social, sino a la comprobación médica, y, en este caso, no ofrece especial dificultad apreciar que fue la enfermedad sufrida por el demandante la que desencadenó, en relación causal y directa, una invalidez permanente absoluta, que el INSS se limitó a declarar, fijando en el mes de abril la fecha de cobertura de los efectos protectores de la Seguridad Social. Podemos concluir, por lo tanto, como hace la STS 129/2023, de 31 de enero, que la patología sufrida por el demandante «se reveló como permanente e irreversible desde el primer diagnóstico ... cuando la póliza todavía estaba en vigor», independientemente de su reconocimiento administrativo ulterior.

3.3.- Asunción de la instancia.

Al asumir la instancia, debemos desestimar el recurso de apelación interpuesto por la compañía aseguradora encaminado a excluir la reclamación del asegurado de la cobertura de la póliza, todo ello en función del conjunto argumental antes expuesto.

Es cierto, que la incapacidad reconocida por el INSS se declaró no solo debida al adenocarcinoma de pulmón, sino también a una isquemia crónica grado II, pero esta última no fue objeto de motivo de oposición por vulneración del deber de declaración con lealtad por parte del asegurado que impone el art. 10 de la LCS; por otra parte, el carácter crónico y la entidad de la isquemia permite concluir que no era determinante de invalidez a diferencia del adenocarcinoma de pulmón, patología que, en realidad, constituyó el verdadero motivo de oposición de la compañía aseguradora.

Tampoco, puede ser estimado el motivo de apelación consistente en la infracción de la doctrina de los actos propios, puesto que no concurren los requisitos para apreciarla como manifestación del deber de buena fe en el ejercicio de los derechos que proclama el art. 7 del CC.

En efecto, por lo que respecta a la relevancia jurídica de los actos propios existe una jurisprudencia muy consolidada, de la que constituye simple botón de muestra las SSTS 540/2020, de 19 de octubre, 462/2021, de

29 de junio, 1619/2024, de 3 de diciembre, y 16/2026, de 14 de enero, entre otras, que proclaman que «actúa contra la buena fe quien contradice sin razón objetiva su conducta anterior sobre la que la otra parte ha fundado su confianza legítima»; es decir, que la precitada doctrina se construye sobre la base de la incompatibilidad del comportamiento previamente observado y la correlativa natural confianza que suscita en la contraparte con respecto a la actuación contradictoria ulteriormente seguida, que frustra la seguridad desencadenada de que el derecho no sería ejercitado de forma distinta.

En efecto, como recuerdan las precitadas sentencias:

«[l]a regla jurídica según la cual no puede venirse contra los propios actos, negando todo efecto jurídico a la conducta contraria, se asienta en la buena fe o, dicho de otra manera, en la protección a la confianza que el acto o conducta de una persona suscita objetivamente en otra o en otras. El módulo regulador es la objetividad, o sea, el entendimiento o significado que de acuerdo con los criterios generales del obrar en el tráfico jurídico ha de dársele a tal acto o conducta». De tal forma que, «el centro de gravedad de la regla no reside en la voluntad de su autor, sino en la confianza generada en terceros, ni se trata en tal regla de ver una manifestación del valor de una declaración de voluntad negocial manifestada por hechos o actos concluyentes. No es la regla una derivación de la doctrina del negocio jurídico, sino que tiene una sustantividad propia, asentada en el principio de buena fe».

En la sentencia 556/2013, de 4 de marzo, cuya doctrina ratifica la reciente STS 103/2026, de 29 de enero, la sala explicó:

«La doctrina de los actos propios tiene su último fundamento en la protección de la confianza y en el principio de la buena fe, que impone un deber de coherencia y limita la libertad de actuación cuando se han creado expectativas razonables (SSTS 9 de diciembre de 2010, 25 de febrero 2013). El principio de que nadie puede ir contra sus propios actos solo tiene aplicación cuando lo realizado se oponga a los actos que previamente hubieren creado una situación o relación de derecho que no podía ser alterada unilateralmente por quien se hallaba obligado a respetarla (SSTS 9 de diciembre de 2010, 7 de diciembre de 2010, 25 de febrero 2013). Significa, en definitiva, que quien crea en una persona una confianza en una determinada situación aparente y la induce por ello a obrar en un determinado sentido, sobre la base en la que ha confiado, no puede pretender que aquella situación era ficticia y que lo que debe prevalecer es la situación real».

Pues bien, no es contraria a la buena fe la conducta desplegada por el demandado, que sufre una enfermedad desencadenante de una invalidez permanente absoluta, no paga la prima de la póliza a su vencimiento, y formula una reclamación fundada precisamente en considerar que el siniestro se produjo dentro del marco temporal del seguro suscrito. No vemos tal proceder contradictorio ni generador de una confianza legítima y objetiva en la compañía de abandono consciente del derecho a exigir la indemnización objeto de aseguramiento, pues el impago de la prima, una vez se produjo el riesgo asegurado, no permite obtener una conclusión de tal clase, y sostener, con tan escasos y pocos significativos mimbres, que se produjo la vulneración de la doctrina de los actos propios con los requisitos antes expuestos.

Tampoco, cabe estimar el motivo del recurso de apelación consistente en el incumplimiento de la obligación de información que expresamente establece el art. 16 de la LCS, en cuyo párrafo tercero se señala que:

«El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave».

Pues bien, en este caso, la compañía no ha demostrado que el asegurado incumpliera su deber de ofrecerle todas las informaciones requeridas sobre el siniestro, que no han sido ocultadas, ni tampoco consta que las desconociese la demandada, cuando se aporta al proceso la declaración de invalidez por el INSS, en las que constan las dolencias determinantes de tal declaración (documento 10 de la demanda), así como a través de la documentación aportada por la propia compañía con su escrito de contestación, lo que permite concluir que estaba debidamente ilustrada del siniestro y sus circunstancias, baste para ello la lectura del hecho tercero de la contestación de la demanda del que resulta que conocía la situación médica del demandante mediante documentación tan sensible como la relativa a su estado de salud. Tampoco consta, ni tan siquiera se sugiere, la concurrencia de dolo o culpa grave en el proceder del asegurado como exige el precitado art. 16 LCS.

3.4 Improcedencia del examen de los otros dos motivos del recurso.

La estimación del primer motivo del recurso de casación determina que carezca de interés jurídico el examen de los otros dos motivos, encaminados todos ellos a obtener la casación de la sentencia del tribunal provincial y confirmación de la pronunciada por el juzgado.

CUARTO.- Costas y depósitos



- 1.-La estimación del recurso de casación conlleva que no proceda hacer expresa imposición de las costas por él causadas, según establece el art. 398.2 LEC.
- 2.-Asimismo, la desestimación del recurso de apelación interpuesto por la compañía de seguros conlleva la imposición de las costas procesales a dicha recurrente a tenor del art. 398.1 LEC.
- 3.-Finalmente, procede ordenar la devolución del depósito constituido para la interposición del recurso de casación y la pérdida del formulado para apelar de conformidad con la disposición adicional 15.^a, apartados 8 y 9, de la LOPJ.

FALLO

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

- 1.º-Estimar el recurso de casación interpuesto por D. Urbano contra la sentencia 1126/2020, de 28 de octubre, de la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Toledo, dictada en el recurso de apelación 409/2018, todo ello sin hacer especial pronunciamiento en costas.
- 2.º-Casar la precitada sentencia y, al asumir la instancia, desestimar el recurso de apelación interpuesto por Caja España Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., actualmente Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., con confirmación de la sentencia apelada de 8 de enero de 2018, dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 3 de Toledo, en el procedimiento ordinario 242/2016, con imposición de costas a la entidad apelante.
- 3.º-Ordenar la devolución del depósito constituido para recurrir en casación y decretar la pérdida del constituido para apelar.

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.