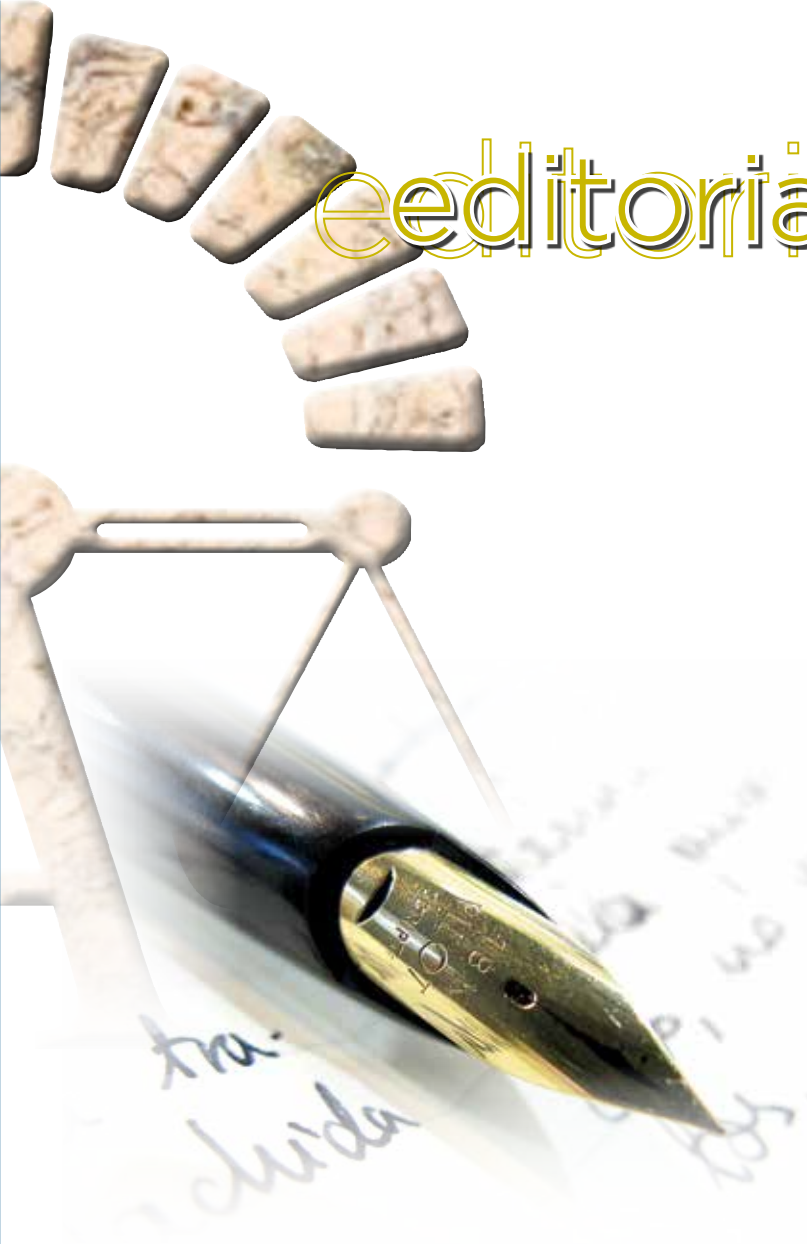
editorial



Excepciones a la vinculación de la Oferta Motivada

por **Javier López y García de la Serrana**
Director

La Sala Primera del Tribunal Supremo en su sentencia 718/2026, de 11 de mayo, ha fijado como regla general que la aseguradora queda vinculada por la cuantía y los términos de la oferta motivada de indemnización en el procedimiento del artículo 7 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (TRLRCSCVM). Si emitió la oferta sin negar la responsabilidad, ni reducir el resarcimiento por culpa de la víctima, no puede introducir después esas defensas en el proceso.

La sentencia, sin embargo, admite la desvinculación cuando la oferta se formuló, por causa no imputable a la aseguradora, sin información necesaria y sobre una base posteriormente revelada como errónea, siendo necesario ordenar y ampliar razonadamente ese catálogo excepcional mediante un test acumulativo de no imputabilidad, novedad, esencialidad, diligencia, reacción tempestiva y ausencia de perjuicio procesal. Para ello examinaremos la jurisprudencia menor previa, la doctrina reciente y los principales supuestos que pueden darse: fraude u ocultación, falsedad o rectificación de fuentes objetivas, error material patente, identidad o legitimación equivocadas, inexistencia o pérdida sobrevenida de cobertura o acción, duplicidad indemnizatoria, hechos médicos auténticamente sobrevenidos y cambios normativos o jurisprudenciales excepcionales.

La excepción no debe depender del nombre de la defensa que la aseguradora quiera introducir, sino de la razón por la que esa defensa no pudo ser formulada diligentemente en la oferta. El eje no es “qué” se alega después, sino “por qué” no pudo alegarse antes, ya que el cambio de postura solo es admisible como corrección de una base fáctica o jurídica objetivamente inaccesible, nunca como segunda oportunidad para investigar, valorar o litigar.

De una discusión sobre actos propios a un régimen legal de coherencia

El debate tradicional preguntaba si una oferta amistosa no aceptada podía constituir un acto propio. La STS 718/2026, de 11 de mayo, desplaza correctamente el centro de gravedad: la oferta del artículo 7 TRLRCSCVM no es una mera aproximación negocial, sino una declaración emitida dentro de un procedimiento extrajudicial obligatorio, tipificado y orientado a que

el perjudicado pueda decidir, con información suficiente, si acepta, promueve una pericial complementaria o demanda.

La Sala Primera de nuestro Alto Tribunal califica el efecto como una modalidad "tipificada, cualificada y reforzada" de la doctrina de los actos propios. La aseguradora dispone de un plazo, de facultades de investigación y de dos cauces legalmente diferenciados: oferta motivada cuando considera acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño; respuesta motivada cuando la responsabilidad o la cuantificación no están determinadas o existe otra causa de rechazo. Elegir la primera sin reserva causal genera una confianza jurídicamente protegida y delimita, como regla, el litigio posterior a la correcta cuantificación del daño.

La consecuencia no equivale a cosa juzgada ni a transacción. Tampoco convierte cada dato de la oferta en una confesión irrevocable. Es una carga de coherencia: impide aprovechar el proceso para sustituir una posición previa consciente por otra incompatible, cuando la primera pudo y debió formarse con diligencia. Precisamente por eso la regla admite excepciones; pero estas han de preservar el fundamento protector del sistema.

El Supremo declara vinculantes la cuantía y los términos de la oferta. Si la aseguradora no rechazó responsabilidad ni invocó o aplicó una minoración por concurrencia causal, no puede alegar en el pleito culpa exclusiva de la víctima o concurrencia de culpas. En el caso enjuiciado, la oferta de 3.601,50 euros se apoyó exclusivamente en una valoración médica de 94 días de curación y no introdujo reserva alguna sobre la dinámica del accidente. La alegación judicial posterior de culpa exclusiva o compartida fue, por ello, inadmisible.

La vinculación opera en las dos direcciones relevantes para la confianza del perjudicado: impide minorar la indemnización cantidad ofrecida y bloquea causas de oposición incompatibles con las premisas expresas o inequívocas de la oferta. No impide, en cambio, discutir las partidas que excedan de lo ofrecido, la relación causal de daños adicionales o la suficiencia de la prueba aportada por quien reclama el exceso.

El mapa previo de las Audiencias Provinciales

Antes de la sentencia 718/2026, de 11 de mayo, de nuestro Alto Tribunal existían dos líneas interpretativas. La mayoritaria atribuía eficacia vinculante a la oferta por buena fe y actos propios; la minoritaria la trataba como instrumento de aproximación amistosa, permitiendo a la aseguradora ampliar sus defensas en el pleito. El Tribunal Supremo recoge expresamente esa contradicción y cita un conjunto amplio de resoluciones provinciales:

- SAP de Pontevedra (Secc. 6.ª) 412/2017, de 25-9-2017; siguió una orientación de vinculación. La oferta supone reconocimiento de responsabilidad y activa los actos propios. Anticipa la regla general hoy fijada.

- SAP de Barcelona (Secc. 4.ª) 241/2021, de 13-4-2021; siguió una orientación de vinculación. Aplica el valor vinculante de la oferta y recoge resoluciones concordantes. Sirve como muestra de la jurisprudencia provincial favorable.

- SAP de Ourense (Secc. 1.ª) 446/2021, de 13-10-2021; siguió una orientación intermedia. Reconoce responsabilidad como acto propio, pero permite discutir judicialmente su proporción. Criterio casado: no cabe introducir concurrencia omitida.

- SAP de Ourense (Secc. 1.ª) 232/2023, de 11-4-2023; siguió una orientación que analiza la vinculación. Examina el valor jurídico de la oferta y su relación con los actos propios. Relevante como desarrollo provincial inmediatamente anterior.

- SAP de Cantabria (Secc. 4.ª) 521/2024, de 18-9-2024; siguió una orientación que cuestiona el alcance. Analiza si una oferta no aceptada vincula en el proceso posterior. Debe releerse conforme al carácter reglado y reforzado proclamado por el TS.

Aportaciones doctrinales y controversia

Previamente a la sentencia de nuestro Alto Tribunal de 11 de mayo, el magistrado **Hurtado Yelo** había estudiado específicamente la SAP de Ourense 232/2023[1] y, después, la SAP de Cantabria 521/2024[2], centrando el problema en el valor jurídico de la oferta no aceptada y en su conexión con los actos propios. Sus trabajos

1 HURTADO YELO, Juan José, "La oferta motivada y la doctrina de los actos propios (Análisis de la SAP Orense, Sección 1, núm. 232/2023, 11 de abril)", Revista Tráfico y Seguridad Vial, núm. 286, 2023.

2 HURTADO YELO, Juan José, "El carácter vinculante o no de la oferta motivada: Análisis de la SAP Cantabria, Sección 4, núm. 521/2024, 18 de septiembre", Revista Tráfico y Seguridad Vial, núm. 300, 2024.

muestran que, antes de la unificación del criterio, la divergencia no era meramente terminológica: afectaba al objeto mismo del proceso posterior.

Una vez conocida la doctrina de la STS 718/2026, de 11 de mayo, la objeción más intensa es la del catedrático **Carrasco Perera**, que defiende una interpretación contraria[3], pues entiende que: *"suscitado ulteriormente un proceso judicial por el asegurado o beneficiario, que rechaza la oferta motivada, la aseguradora, que ya habrá consignado la cantidad en que consiste su oferta, puede negarse al resto de la reclamación con argumentos o razones que se habían silenciado en la oferta motivada.*

No hay contrariedad con respecto a los propios actos, porque la oposición en juicio de la culpa exclusiva de la víctima no altera el contenido económico de la oferta motivada, y sólo es relevante para el resto de la reclamación formulada por el perjudicado en la demanda, que es a la que se opone la aseguradora. Como la reclamación judicial es divisible, también lo es la misma causa de litigación.

No hay contrariedad con respecto a los propios actos, tampoco, porque una parte de la operación puede tener buenas razones para ofrecer una transacción final en unos términos que luego no mantendría si la oferta de transacción no es aceptada. Y esto es así incluso si la aseguradora se hubiera opuesto en el proceso a toda la reclamación, incluso en aquella parte que reconoció como procedente en su oferta motivada de indemnización y que consignó.

Es una conducta plenamente coherente y racional ofrecer una cantidad sin presentar excepción alguna y, posteriormente, excepcionar por el todo o por la parte cuando el destinatario de la oferta reclama en juicio. Por eso la oferta motivada es precisamente una solución transaccional. Es legítimo «renunciar en la transacción» a algo a lo que no estarás dispuesto a renunciar si la otra parte aborta el proceso transaccional.".

Por su parte, la Guía de Buenas Prácticas de la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración no crea por sí sola una preclusión de las

3 CARRASCO PERERA, Ángel, "Análisis crítico sobre la STS 718/2026", Gómez-Acebo & Pombo, 2026: https://ga-p.com/wp-content/uploads/2026/06/oferta_motivada_indem.pdf



defensas omitidas, pero sus principios de colaboración, buena fe y transparencia sirven como criterio interpretativo del estándar de conducta que debe exigirse a ambas partes, como así recuerda la propia STS 718/2026, de 11 de mayo, en su fundamento de derecho cuarto, apartado 8, cuando manifiesta que esos principios serían incompatibles con la falta de vinculación de las aseguradoras, como pauta general, a las ofertas motivadas que remiten a los perjudicados.

Ampliación de la causas de excepcionalidad

No obstante todo lo anterior, el apartado 10 del fundamento de derecho cuarto de la sentencia referida, admite la desvinculación cuando la oferta fue formulada, por causas no imputables a la aseguradora, sin toda la información necesaria para una decisión fundada y documentada. Menciona el dolo, la negligencia u ocultación de información por el perjudicado y el conocimiento posterior, no imputable a la entidad, de hechos que revelen que la posición se adoptó sobre bases erróneas: por ejemplo, un atestado posteriormente modificado o un documento después declarado falso.

La Sala conecta esta apertura con el artículo 43 TRLRCSCVM, según el cual una indemnización ya establecida solo puede revisarse por alteración sustancial de las circunstancias determinantes o daños sobrevenidos. La remisión debe manejarse con cautela: una oferta unilateral no es siempre una indemnización "establecida" en sentido técnico. Su valor es, sobre todo, analógico y sistemático: el ordenamiento tolera la revisión cuando cambia de forma sustancial la base de fijación.

El catálogo de la STS es ejemplificativo, por lo que su ampliación es posible si se formula con criterios estrictos. Para ello que propondría exigir cumulativamente los siguientes requisitos: En primer lugar, que se trate de una novedad real: el hecho, documento o presupuesto jurídico relevante apareció o se conoció después de la oferta. En segundo lugar, inaccesibilidad objetiva: no podía conocerse mediante la diligencia profesional exigible dentro del plazo y con las facultades de investigación disponibles. En tercer lugar, no imputabilidad: la falta de información no deriva de desorganización interna, investigación tardía, error de valoración, ahorro de costes o estrategia de la aseguradora o de sus auxiliares.

Además, debe ser claro que de haberse conocido, la información habría determinado razonablemente una respuesta motivada, una reserva expresa o una cuantificación distinta. A ello se añade que la entidad debe identificar qué término de la oferta queda afectado; la excepción no autoriza una reapertura total e indiscriminada. Del mismo modo, debe haber una reacción tempestiva y transparente: comunicación inmediata al perjudicado, explicación documentada y, cuando proceda, nueva oferta o respuesta.

Por otra parte, es necesaria prueba reforzada: corresponde a la aseguradora acreditar el hecho nuevo, su fecha de conocimiento, la diligencia previa y su incidencia causal. Asimismo se exige una protección de la confianza residual: deben mantenerse los extremos de la oferta no afectados y evitarse perjuicios probatorios o procesales al perjudicado. No hay excepción cuando solo cambia la valoración de unos mismos datos. Sí puede haberla cuando cambia, sin culpa de la aseguradora, el conjunto de datos jurídicamente relevante.

Supuestos que pueden integrar la excepción

Fraude, dolo, ocultación o aportación negligente de información esencial.- Es el núcleo expreso de la sentencia. Comprende la simulación del accidente o de lesiones, la manipulación de facturas o informes, la ocultación consciente de accidentes previos o patologías decisivas y la presentación negligente de información objetivamente falsa cuando el perjudicado estaba en condiciones de corregirla. No basta cualquier inexactitud: ha de ser esencial y causal respecto de la oferta. La aseguradora debe demostrar además que realizó comprobaciones razonables; el fraude detectable con controles ordinarios no convierte automáticamente su falta de diligencia en causa ajena.

Falsedad, nulidad o rectificación posterior de una fuente objetiva.- El ejemplo del atestado modificado debe extenderse a resoluciones administrativas o penales rectificadas, informes periciales posteriormente invalidados por su autor, certificaciones registrales erróneas, archivos digitales cuya manipulación se descubre con posterioridad y pruebas biológicas o técnicas que desmienten la identidad del vehículo o la dinámica. La rectificación debe ser auténtica, sobrevenida y determinante. La mera existencia posterior de una pericial más favorable no es novedad: es una nueva valoración y queda fuera de la excepción.

Error material o aritmético patente.- Debe admitirse la rectificación de errores de transcripción, suma, duplicación de partidas o aplicación



mecánica de una tabla equivocada que resulten objetivamente verificables. No se trata de retractarse de un juicio médico o causal, sino de corregir la discordancia entre la decisión documentada y su expresión. La rectificación debe limitarse al error, notificarse sin demora y respetar la prohibición de utilizar la etiqueta "error material" para revisar criterios técnicos discutibles.

Error sobre identidad, legitimación o duplicidad de pago.- Puede existir desvinculación si, pese a comprobaciones razonables, se descubre que el destinatario no era el perjudicado, que carecía de representación, que la partida ya había sido satisfecha por otra vía o que se reclama dos veces el mismo daño. La finalidad resarcitoria y la prohibición del enriquecimiento injusto impiden consolidar un pago duplicado. Debe distinguirse la subrogación o concurrencia legítima de prestaciones compatibles de la verdadera identidad de concepto y sujeto indemnizado.

Inexistencia o pérdida sobrevenida de un presupuesto de cobertura o de la acción directa.- Este supuesto exige máxima cautela por el régimen de inoponibilidad del seguro obligatorio. Podría admitirse cuando aparece después un hecho objetivo y no imputable que demuestra que el vehículo, el siniestro o el reclamante estaban fuera del presupuesto legal de la acción directa, o cuando una resolución firme posterior declara una circunstancia incompatible con ella. No caben reservas genéricas de cobertura ni la recuperación tardía de exclusiones contractuales que el asegurador podía conocer consultando su propia póliza. Tampoco puede oponerse al perjudicado una exclusión prohibida por los artículos 5 a 7 TRLRCSCVM.

Prescripción, caducidad, cosa juzgada, transacción o renuncia descubiertas después.- Solo excepcionalmente. Son defensas jurídicas normalmente cognoscibles y, por tanto, debieron exteriorizarse en una respuesta motivada.

La desvinculación podría justificarse si el documento que acredita una transacción previa, un pago liberatorio, una renuncia válida o una resolución firme, fue ocultado o era objetivamente inaccesible. No debe admitirse que la aseguradora reconstruya ex post un cómputo de prescripción con datos que ya obraban en el expediente.

Evolución médica verdaderamente sobrevenida.- Los daños sobrevenidos suelen operar a favor del perjudicado y permiten revisar al alza la indemnización. Pero la lógica es bilateral cuando aparece una información médica nueva que demuestra, de modo objetivo y no previsible, que una partida ofrecida se asentaba en un diagnóstico posteriormente descartado. La regresión clínica favorable ordinaria o una segunda opinión no bastan. Además, si el daño aún no estaba estabilizado, la aseguradora debió emitir respuesta motivada, efectuar pagos a cuenta y diferir la oferta; no puede convertir su precipitación en excepción.

Cambio normativo o jurisprudencial sobrevenido.- Como regla, el cambio interpretativo no justifica la desvinculación: el riesgo jurídico pertenece al profesional que formula la oferta. Solo cabría contemplar una excepción extrema cuando una norma retroactiva, una sentencia constitucional, una decisión del Tribunal de Justicia de la Unión Europea o una doctrina jurisprudencial expresamente aplicable altere de manera imprevisible el presupuesto jurídico de la indemnización antes de su firme establecimiento. Aun así, debe respetarse la seguridad jurídica y la protección de situaciones consolidadas. Es un supuesto de cierre, no una cláusula general de revisión.

Fuerza mayor informativa y pérdida no imputable de evidencias.- La imposibilidad objetiva de acceder a datos esenciales por causas externas —destrucción de archivos públicos, indisponibilidad prolongada de registros, secreto de actuaciones posteriormente levantado— puede justificar una reserva o, excepcionalmente, una revisión. Pero si la incertidumbre era conocida al formular la oferta, lo correcto era expresarla y utilizar la respuesta motivada. La excepción solo cubre la ignorancia inevitable, no la incertidumbre voluntariamente asumida.

Supuestos que no deben admitirse

En primer lugar, una nueva estrategia procesal tras conocer la demanda o la cuantía reclamada. En segundo lugar, la declaración tardía del asegurado, testigo o perito que pudo recabarse dentro del plazo. En tercer lugar, una reconstrucción del accidente encargada después, cuando nada impedía solicitarla antes. Además, el cambio de criterio del tramitador, del servicio médico, del abogado o de la dirección de la entidad.

A ello se añaden los errores de coordinación interna o de auxiliares y proveedores, imputables a la esfera organizativa de la aseguradora. Del mismo modo, las reservas genéricas del tipo “sin perjuicio de acciones” o “sujeto a ulterior comprobación”, incompatibles con la motivación concreta exigida por el artículo 7 TRLRCSCVM.

Por otra parte, la pretensión de reducir por concurrencia de culpas con base en hechos ya descritos en el atestado disponible al emitir la oferta. Asimismo, una pericial posterior que reinterpreta los mismos antecedentes médicos o cuantifica de manera distinta las mismas secuelas. Finalmente, la invocación de límites o exclusiones contractuales inoponibles al perjudicado en el seguro obligatorio.

Régimen procesal de la excepción

Alegación y carga de la prueba.- La excepción debe alegarse de modo expreso en la contestación, con identificación del extremo de la oferta afectado y de los hechos que justifican la desvinculación. Corresponde a la aseguradora probar la novedad, la fecha y vía de conocimiento, la inaccesibilidad anterior, las diligencias practicadas y la incidencia concreta en la responsabilidad o cuantía. Esta distribución se desprende de la excepcionalidad proclamada por el Supremo, de la facilidad probatoria y de que la entidad controla su expediente de tramitación.

Prueba pertinente.- El expediente íntegro del siniestro es central: reclamación, documentación recibida, consultas, encargos periciales, comunicaciones internas relevantes, atestado, informes médicos, cronología y decisión de oferta. Debe evitarse una exhibición selectiva. El juez puede valorar negativamente la ausencia de trazabilidad sobre qué se sabía y cuándo. La protección de datos o el secreto empresarial permiten modular el acceso, no ocultar los hechos constitutivos de la propia excepción.

Efecto parcial y conservación de la oferta.- La desvinculación ha de ser proporcional. Si el hecho nuevo solo afecta a una factura, una secuela o un porcentaje causal, subsisten los restantes reconocimientos. La excepción no res-

cinde globalmente la oferta. Cuando ya se pagó la cantidad, una eventual restitución requerirá acción y fundamento propios; la simple admisión de una defensa no convierte automáticamente el pago en indebido.

Intereses y costas.- La admisión de una excepción no borra necesariamente la mora anterior. Debe distinguirse entre una oferta razonable formada con la información disponible y el incumplimiento de la obligación de investigar o pagar. Si la causa nueva era imprevisible y la entidad reaccionó inmediatamente, puede excluirse la sanción asociada al retraso posterior; si existió demora previa injustificada, esta conserva sus consecuencias. En costas, la conducta preprocesal y la comunicación tempestiva del hecho nuevo son relevantes para apreciar dudas y buena fe.

Incidencia de la reforma de 2025

La Ley 5/2025, de 24 de julio, modificó los apartados 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8 del artículo 7 y añadió los apartados 9 a 12. La STS advierte que esta versión, vigente desde el 26 de julio de 2025, no regía el accidente litigioso. No obstante, la reforma mantiene el núcleo funcional: reclamación previa, alternativa entre oferta y respuesta, deber de motivación, documentación y conducta diligente. Por ello, la ratio de la sentencia es proyectable al texto vigente, sin perjuicio de adaptar plazos, documentación y mecanismos alternativos a su nueva redacción.

La reforma refuerza la necesidad de evitar ofertas prematuras. Cuando falten elementos esenciales, la respuesta motivada no es una opción defensiva de inferior calidad, sino el instrumento legal adecuado para conservar incertidumbres reales y documentadas. Una práctica aseguradora compatible con la STS debe abandonar reservas estereotipadas y describir de forma específica lo aún no determinado.

Conclusiones

En primer lugar, la STS 718/2026 fija una regla general de vinculación material derivada del artículo 7 TRLRCSCVM, la buena fe y la confianza generada en un procedimiento reglado. En segundo lugar, la oferta vincula por cuantía y términos; bloquea culpa exclusiva o concurrencia omitidas, pero no impide discutir el exceso reclamado ni daños no reconocidos. En tercer lugar, el catálogo de excepciones es abierto, pero no discrecional. Su denominador común es una base esencial errónea por información



nueva o inaccesible, sin imputación a la aseguradora. Además, la ampliación razonable comprende fraude, falsedad o rectificación de fuentes, error material patente, identidad o duplicidad, determinados presupuestos de acción o cobertura, hechos médicos genuinamente sobrevenidos y, de modo extremo, cambios jurídicos retroactivos. A ello se añade que no son excepciones la investigación tardía, el cambio de valoración, la nueva pericial sobre los mismos datos, los fallos internos ni las reservas genéricas. Del mismo modo, la carga probatoria es reforzada y la desvinculación debe ser parcial, tempestiva y respetuosa con la confianza residual del perjudicado. Por otra parte, la mejor prevención consiste en usar correctamente la respuesta motivada cuando responsabilidad o daño no estén determinados, documentando la incertidumbre concreta y actualizando la posición.

Debemos considerar por tanto que la doctrina fijada por esta sentencia de nuestro Alto Tribunal, nos lleva a subrayar el carácter excepcional que debe otorgarse a cualquier modificación realizada por la aseguradora en su postura inicial frente al siniestro declarado. Su posición, en cuanto a la valoración del daño causado, plasmada a través de la correspondiente oferta motivada, le vincula en todos los sentidos, compartiendo los mismos fundamentos de la ya conocida teoría de los actos propios, motivo por el que cualquier novedad en su posicionamiento tiene un carácter restrictivo y sólo podrá ser admitida si cumple con los parámetros de novedad y no imputabilidad que son claves según los criterios de nuestro Tribunal Supremo. Vemos así como se exige a la aseguradora un plus de diligencia en el planteamiento de su defensa, pues antes de la emisión de la oferta motivada debe haber analizado en profundidad la totalidad de las pruebas existentes sobre el siniestro, lo que nos lleva a considerar que el requerimiento de información adicional a la víctima va a ser fundamental en aquellos casos en que se considere que los datos de los que se dispone son insuficientes, pues estamos comprobando que la posibilidad de modificación posterior de la oferta va a estar muy limitada.

Esta doctrina nos lleva también a considerar la respuesta motivada como un instrumento esencial, el cual, quizás, puede ver incrementada su utilización, pues a través de ella la aseguradora no cierra sus posibilidades de defensa y puede obtener toda aquella información que estime necesaria para un posicionamiento correcto. Y es que no sólo puede darse el caso de que falte información en aquellos supuestos donde las secuelas sufridas no han se han podido cuantificar, sino en otros muchos casos donde faltan elementos esenciales para determinar, por ejemplo, las causas del accidente, la responsabilidad de las partes implicadas u otras muchas circunstancias que van a influir de forma determinante en la defensa del asunto y el posicionamiento ante el siniestro. En estos supuestos, por tanto, es evidente que una oferta motivada no es en modo alguno aconsejable, y sí lo va a ser la respuesta motivada, opción con la que se evita el riesgo de no adoptar un posicionamiento que goce de todas las garantías frente a un determinado siniestro, de modo que pueda surgir posteriormente la necesidad de modificarlo. En tal caso, una vez obtenida toda la información necesaria, dentro de las posibilidades de la aseguradora y con empleo de una total y máxima diligencia, en el supuesto de que posteriormente surgiera un nuevo elemento determinante para el enjuiciamiento de los términos del siniestro y al cual aquella no hubiera tenido acceso en modo alguno, consideramos que sí podría apartarse o modificar su oferta motivada con base precisamente en la excepcionalidad del nuevo hecho del que ha tenido conocimiento. Este sería el sentido que la sentencia analizada quiere dar a esta teoría de la excepcionalidad, exigiendo, por tanto, una actitud previa de total diligencia a la aseguradora para posteriormente permitirle una modificación en su posicionamiento de defensa, si realmente se dan los presupuestos necesarios anteriormente mencionados.

Julio 2026