

JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Sentencias comentadas

Seguro, invalidez permanente por enfermedad común y momento del siniestro

XABIER BASOZABAL ARRUE

Profesor titular de Derecho civil
Universidad de Navarra

RESUMEN

La STS 195/2023, Sala Civil, de 31 de enero (P. Pedro José Vela Torres, ECLI:ES:TS:2023:195) viene a unificar criterio con la Sala Social en una cuestión que podría sintetizarse así: cuando uno sufre una enfermedad común que finalmente deriva en invalidez laboral permanente o absoluta, en el contexto de un préstamo hipotecario que obliga a concertar un seguro que cubre dicha invalidez, puede ocurrir que el seguro no esté vigente durante todo el período relevante –desde que se diagnostica la enfermedad hasta que se declara la invalidez–, y surge la duda razonable sobre si la invalidez queda cubierta cuando, a pesar de estar el contrato vigente cuando la enfermedad se diagnosticó, no lo está en la fecha en que la invalidez se declaró oficialmente. La duda es mayor si una cláusula contractual establece que el momento relevante para determinar el siniestro es el de la declaración oficial de la invalidez a cargo de las autoridades competentes. El momento a tener en cuenta dependerá de que nos hallemos ante un supuesto de regla general, o de excepción. La regla será la declaración oficial; la excepción, el momento del diagnóstico irreversible de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Seguro. Invalidez permanente. Siniestro. Enfermedad común. Cobertura en el momento del diagnóstico irreversible o definitivo. Cobertura en el momento en que la invalidez se declara. Legitimación activa en el seguro por invalidez. Cláusula limitativa de los derechos del asegurado.

Insurance, permanent disability due to common illness and the time of the claim

ABSTRACT

The STS 195/2023, Civil Chamber, of 31 January (R. Pedro José Vela Torres, ECLI:ES:TS:2023:195) unified criteria with the Social Chamber on a question that could be summarized as follows: when one suffers a common illness that eventually results in permanent or absolute work disability, in the context of a mortgage loan that obliges one to take out insurance to cover such disability, it may happen that the insurance is not in force during the entire relevant period - from the time the illness is diagnosed until the disability is declared - and a reasonable doubt arises as to whether the disability is covered when, despite the contract being in force when the illness was diagnosed, it is not in force on the date on which the disability was officially declared. The doubt is greater if a clause in the contract provides that the relevant time for determining the claim is the official declaration of invalidity by the competent authorities. The time to be considered will depend on whether we are dealing with a general rule or an exception. The rule will be the official declaration; the exception, the moment of the irreversible diagnosis of the disease.

KEY WORDS

Insurance. Permanent disability. Accident. Common illness. Coverage at the moment of irreversible or definitive diagnosis. Coverage at the moment when the disability is declared. Legal standing in disability insurance. Clause limiting the rights of the insured person.

SUMARIO: 1. Introducción.-2. El precedente unificador: el seguro de accidentes (STS 736/2016, Sala Civil, de 21 de diciembre, P. José Antonio Seijas Quintana, ECLI:ES:TS:2016:5525).-3. La enfermedad común no es un accidente (STS 2746/2010, Sala Social, de 14 de abril, P. Fernando Salinas Molina, ECLI:ES:TS:2010:2746).-4. La STS 195/2023, Sala Civil, de 31 de enero, P. Pedro Vela Torres (ECLI:ES:TS:2023:195). Marco general. 4.1 El supuesto de hecho. 4.2 Sin problemas de interpretación de la cláusula (STS 60/2021, Sala Civil, de 8 de febrero, P. Francisco Marín Castán, ECLI:ES:TS:2021:356). 4.3 El planteamiento de la solución.-5. La solución a la que llega la STS 195/2023, Sala Civil, de 31 de enero (P. Pedro José Vela Torres, ECLI:ES:TS:2023:195): unificación de doctrina con la Sala de lo Social. 5.1 Cuándo nos hallamos ante una excepción. 5.2 La cláusula es limitativa de los derechos del asegurado. 5.3 La legitimación activa.-6. Recapitulación.-Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

La STS 195/2023, Sala Civil, de 31 de enero (P. Pedro José Vela Torres, ECLI:ES:TS:2023:195) viene a unificar criterio con la Sala de lo Social en una cuestión que podría sintetizarse así: cuando uno sufre una enfermedad común que finalmente deriva en invalidez laboral permanente o absoluta, en el contexto de un préstamo hipotecario que obliga a concertar un seguro que cubre dicha invalidez, puede ocurrir que el seguro no esté vigente durante todo el período relevante –desde que se diagnostica la enfermedad hasta que se declara la invalidez–, y surge la duda razonable sobre si la invalidez queda cubierta cuando, a pesar de estar el contrato vigente cuando la enfermedad se diagnosticó, no lo está en la fecha en que la invalidez se declaró oficialmente. La duda es mayor si una cláusula del contrato establece que el momento relevante para determinar el siniestro es el de la declaración oficial de la invalidez a cargo de las autoridades competentes.

Es evidente que si la enfermedad de la que deriva la invalidez permanente se manifiesta cuando el contrato de seguro está ya extinguido, éste no tiene nada que cubrir; y si el seguro está vigente hasta después de la declaración oficial de invalidez permanente, esta quedará cubierta. La duda surge, por tanto, cuando la enfermedad es diagnosticada estando vigente el contrato, que no lo está ya cuando la invalidez se declara oficialmente. Parece que la solución dependerá de cuál sea el momento determinante del siniestro cubierto (invalidez): si es aquél en que la enfermedad puede darse por definitiva, o el correspondiente a su declaración por parte de la autoridad competente.

Como se ve, la finalidad de la sentencia es aclarar la situación sobre un punto controvertido, al que además se añade el contexto contractual: el contrato ya dice en sus condiciones generales cuál es el momento en el que hay que entender acontecido el siniestro. Ese momento es perfectamente conocido por el TS, puesto que se trata de la «regla general» en materia de seguros de vida: la fecha del siniestro cubierto por la invalidez es la fecha de la declaración oficial de la misma a cargo del Equipo de Valoración de la Invalidez (EVI) o de la Unidad de la Valoración Médica de la Invalidez (UVAMI) correspondiente.

En el momento en que la enfermedad común se da por definitiva, esto es, cuando hay un diagnóstico firme que ya no se modifica y que, *a posteriori*, resulta definitivo en la declaración de invalidez, todavía está vigente el contrato de seguro. En el momento en que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) declara oficial-

mente la invalidez permanente, el contrato de seguro está ya extinguido entre las partes (haya otro contrato o no). *¿Quid iuris?*

Es evidente que las partes hubiesen podido negociar la cláusula contractual que se refiere a ese mismo contenido; pero siendo la cláusula no negociada, surge la duda de si es limitativa de los derechos del asegurado, en cuyo caso, para ser válida, deberá reunir los requisitos del artículo 3 LCS. A favor de su inclusión en el contrato está que el propio TS la adopta como regla general en el ramo y, por lo tanto, que es conocida y predecible, en absoluto sorprendente. En contra, parece que se trata de una cláusula que podría limitar los derechos del asegurado, y que para formar parte del contrato debe cumplir los requisitos del artículo 3.1 *in fine* LCS, como concluye el TS. Para éste, la cláusula prerredactada que establece como momento del siniestro el de la declaración oficial de dicha invalidez, también cuando ésta deriva de una enfermedad común que ya estaba diagnosticada antes de la declaración de invalidez, y estando el contrato vigente, debe considerarse una cláusula limitativa de los derechos del asegurado.

Si el asegurado tiene una legítima expectativa en que la enfermedad común diagnosticada, que es causa de la futura invalidez permanente –criterio jurisprudencial para las enfermedades–, está cubierta por el contrato, parece que debería bastar con que éste esté vigente en el momento del diagnóstico. Desde esta perspectiva, toda cláusula que restrinja esa expectativa a que la invalidez por enfermedad común diagnosticada en el período de vigencia del contrato quede cubierta, o que establezca como siniestro el de un momento posterior al de su diagnóstico firme, sería limitativa de esa expectativa legítima. Y siendo una cláusula limitativa, deberá reunir los requisitos del artículo 3.1 *in fine* LCS para formar parte del contrato. Si los cumple (básicamente, si la cláusula es aceptada por escrito por aquel a quien perjudica, el asegurado), la cláusula formará parte del contrato y será obligatoria para las partes; en caso contrario, no.

2. EL PRECEDENTE UNIFICADOR: EL SEGURO DE ACCIDENTES (STS 736/2016, SALA PRIMERA, DE 21 DE DICIEMBRE, P. JOSÉ ANTONIO SEIJAS QUINTANA, ECLI:ES:TS:2016:5525)

El TS ya había dictado la sentencia 736/2016, Sala Civil, de 21 de diciembre (P. José Antonio Seijas Quintana, ECLI:ES:TS:2016:5525) para coordinarse con la Sala de lo Social en materia de seguros de

accidente. El momento relevante para entender acontecido el siniestro (invalidez permanente), cuando éste proviene de un accidente, es el momento en que acontece el accidente. En dicha sentencia, un asegurado demandaba a su aseguradora para que le cubriese la invalidez que sufrió al colisionar su vehículo contra un muro. En el momento de producirse los hechos, el contrato (seguro de accidentes) se encontraba en vigor.

La aseguradora demandada y recurrente ante el TS, defendía que la fecha determinante del siniestro cubierto por el seguro de accidentes era la fecha de la declaración o reconocimiento oficial de la invalidez por parte de la autoridad laboral competente, momento a partir del cual (pero no antes) debían entenderse devengados los intereses del artículo 20 LCS. La demandada apoyaba su tesis en ciertas sentencias¹, en las que se concluye que, cuando el riesgo asegurado en la póliza de accidentes es una invalidez, *el siniestro no tiene lugar hasta que dicha situación se declara*, y hasta entonces no hay posibilidad de mora (art. 20.6 LCS). Hasta el momento de la declaración oficial es prudente no prejuzgar nada, pues las consecuencias económicas del accidente, según el tipo de invalidez a que dé lugar (temporal o perpetua), son muy diferentes, y no siempre predecibles.

En sentido contrario –sigue relatando la sentencia mencionada–, existe otra jurisprudencia que atiende, sobre todo, al momento en el que se produce el accidente del que desencadena la invalidez, no al tipo de invalidez determinado en su declaración oficial². Ellas procuran una solución en la línea marcada por la STS 646/2000, Sala Social, de 1 de febrero (P. Aurelio Desdentado Bonete, ECLI:ES:TS:2000:646; reiterada en la más reciente STS 908/2016, Sala Social, de 18 de febrero, P. Ángel Antonio Blasco Pellicer ECLI:ES:TS:2016:908), según la cual, en un seguro de accidente el riesgo asegurado o siniestro es fundamentalmente el accidente,

¹ Entre las sentencias citadas, SSTS, Sala de lo Social, de 22 de septiembre de 1987 (P. Francisco Tuero Bertrand, ECLI:ES:TS:1987:14449) y de 17 de julio de 2012 (P. María Luisa Segoviano Astaburuaga, ECLI:ES:TS:2012:5910). En cuanto a Sala Civil, dice literalmente la STS de 16 de mayo de 1996 (P. Francisco Morales Morales, ECLI:ES:TS:1996:2940) que «el riesgo asegurado era la incapacidad o invalidez absoluta y permanente y no la enfermedad común que luego dio lugar a la misma, ya que cuando quedó extinguido o cancelado el contrato de seguro Caser, aún no se sabía si dichas enfermedades comunes iban a desembocar en tales declaraciones de incapacidad o en la curación de las mismas». Véase también la STS, Sala Civil, de 20 de julio de 2011 (P. Juan Antonio Xiol Ríos, ECLI:ES:TS:2011:5535).

² Se citan las SSTS, Sala Civil, de 17 de junio de 1993 (P. Jaime Santos Briz, ECLI:ES:TS:1993:4209) y de 6 de febrero de 1995 (P. Pedro González Poveda, ECLI:ES:TS:1995:546); de 29 de julio de 1998 (P. Román García Varela, ECLI:ES:TS:1998:5040); de 23 de diciembre de 1999 (P. Xavier O'Callaghan Muñoz, ECLI:ES:TS:1999:8419), con cita de la de 14 de junio de 1999 (P. Xavier O'Callaghan Muñoz, ECLI:ES:TS:1999:4184); o de 24 de mayo de 2013 (P. Javier Arroyo Fiestas, ECLI:ES:TS:2013:2603).

una de cuyas secuelas puede ser la invalidez permanente del asegurado. Dice literalmente el TS que «lo importante es la relación de causalidad entre el accidente y sus secuelas; no la fecha en que se manifiesten estas, ni mucho menos la de su constatación administrativa o médica (...); «así lo afirma la jurisprudencia civil que distingue claramente entre el accidente, como *riesgo asegurado*, y el daño derivado del mismo». La fecha relevante es, por tanto, la del accidente; claro que es necesario que una de las secuelas del accidente sea la declaración oficial de invalidez permanente, pero no importa si ésta es posterior al diagnóstico.

Los dos criterios jurisprudenciales expuestos son contradictorios, por lo que había un interés casacional claro en unificarlos. Consciente de ello, la Sala Civil del TS, en la línea de lo que ya había hecho la Sala Social, decide y confirma que, *en materia de seguro de accidentes*, hay que estar al segundo de los criterios expuestos (momento del accidente), y ofrece como razones que, de optar por la primera opción, esta conduciría a resultados poco deseables.

«1.º Se aplicaría un régimen distinto en materia de intereses de demora en el seguro de accidentes y en el de responsabilidad civil. (...) 2.º Cuanto más grave sea el resultado del accidente, más tardará en declararse la incapacidad y más se diferirá en el tiempo el inicio del devengo de intereses. 3.º Hay una evidente contradicción entre el rigor aplicado en la jurisprudencia de esta Sala a los casos de exoneración del artículo 20.8 LCS y la aplicación de intereses en el seguro de accidentes. 4.º La interpretación que mantiene el primer grupo de sentencias citadas en el recurso favorece a la aseguradora pasiva que, frente a una comunicación de un siniestro, no hace nada hasta que se le remite la declaración de incapacidad, lo que es difícilmente compatible con el cumplimiento del fin de se asigna a la obligación de la aseguradora de hacer una oferta motivada y con la propia finalidad del interés de demora del artículo 20 LCS y las demás exigencias de la ley, como la expresada en el artículo 16. (...) Las sentencias que aplican el criterio contrario (el momento determinante del siniestro cubierto es el de declaración de la invalidez permanente) no explican las razones de esta diferencia, más allá de una referencia genérica al diferente origen –contractual o extracontractual– de una y otra responsabilidad.»

Por lo tanto, una vez producido el accidente generador de la invalidez que está cubierta por un seguro de accidentes, habrá que estar a la fecha del accidente. Este es el criterio que mantenía la Sala Social, y el que se compromete a adoptar (la sentencia es de Pleno) la Sala Civil a partir de esa sentencia.

3. LA ENFERMEDAD COMÚN NO ES UN ACCIDENTE (STS 2746/2010, SALA SOCIAL, DE 14 DE ABRIL, P. FERNANDO SALINAS MOLINA, ECLI:ES:TS:2010:2746)

Veamos ahora qué ocurre cuando la invalidez es producida, no por un accidente, sino por una enfermedad común. En la sentencia comentada en estas líneas (de 31 de enero de 2023), la Sala Civil se pregunta por el criterio de la Sala Social y, para poder conocerlo y armonizarse con él, analiza la STS 2746/2010, Sala Social, de 14 de abril (P. Fernando Salinas García, ECLI:ES:TS:2010:2746).

Esta sentencia, dictada para unificación de doctrina en la materia, reconoce que, para saber quién ha de hacerse cargo de la prestación, es fundamental determinar el momento del siniestro. La cuestión ya está unificada para los seguros de accidentes, donde tanto la Sala Social como la Sala Civil se decantan por la fecha del accidente. Pero ¿qué ocurre cuando la invalidez proviene, no de accidente, sino de enfermedad común?

No tiene mucho sentido decir, por pura emulación, que habrá que estar al momento de la enfermedad. La propia sentencia mencionada dice que «la misma solución (estar a la fecha del accidente) no puede extenderse a los riesgos derivados de enfermedad común, (...) dada la dificultad de fijar el momento en que se inicia de forma transcendente la situación de enfermedad común». Esta «presenta más dificultades de determinación temporal que el accidente –laboral o no– (...). El carácter más difuso de la enfermedad complica los problemas de inclusión del siniestro en el ámbito de la cobertura». Todo ello hace fracasar el criterio establecido para los accidentes.

Sin embargo, lo anterior no nos lleva al otro criterio (fecha de la declaración oficial) sin más. Según la Sala, «debe reiterarse en los supuestos de mejoras voluntarias derivadas de enfermedad común la doctrina tradicional que se refleja, entre otras muchas³, en la

³ SSTs 26 de noviembre de 1991, Sala Social (P. Víctor Eladio Fuentes López, ECLI:ES:TS:1991:6620); de 3 de abril de 1992, Sala Social (P. Julio Sánchez Morales de Castilla, ECLI:ES:TS:1992:2935); de 27 de mayo de 1992, Sala Social (P. Aurelio Desdentado Bonete, ECLI:ES:TS:1992:4255); de 22 de abril de 1993, Sala Social (P. Antonio Martín Valverde, ECLI:ES:TS:1993:2551), que plantea un supuesto que se repite mucho: «la cuestión que plantea el presente recurso de casación para la unificación de doctrina, suscitada en el contexto de un seguro de grupo concertado por una empresa en beneficio de sus empleados, es la de cuál es la entidad aseguradora responsable de prestaciones complementarias de invalidez permanente en el supuesto de que se hayan sucedido en el aseguramiento de tal contingencia dos aseguradoras distintas, habiendo aparecido el agente lesivo durante la vigencia de la póliza de una de ellas, pero habiéndose declarado la situación de invalidez o lesión invalidante ya en curso el contrato de seguro de la otra»; de 20 de abril de 1994, Sala Social (P. Antonio Martín Valverde, ECLI:ES:TS:1994:2663); de 23 de octubre de 1995, Sala Social (P. José Antonio Somalo

STS 3901/2007, de 30 de abril, de lo Social» (P. Luis Fernando de Castro Fernández, ECLI:ES:TS:2007:3901), que establece:

a) para determinar el momento en el que se establece el siniestro y, por tanto, la extensión de la cobertura del seguro, habrá que estar, como regla, a la fecha del dictamen del EVI o de la UVAMI; y

b) como excepción, la fecha del siniestro podrá retrotraerse al momento real en el que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles.

La *doctrina tradicional* no da un solo criterio, sino dos, dependiendo de que nos hallemos ante un caso de regla general, o de excepción. La distinción se justifica porque en algunos casos se puede predecir de forma definitiva la enfermedad antes de que la invalidez derivada de ésta sea oficialmente declarada. En tales casos, no es decisivo que la invalidez haya sido calificada, sino que la enfermedad común de la que esta deriva haya sido conocida como irreversible. Lo decisivo es que la enfermedad haya sido diagnosticada en una fecha anterior.

En el caso que conocía la citada STS 3901/2007, Sala Social, de 30 de abril, el trabajador pedía a la aseguradora que cumpliera el contrato de seguro que estaba en vigor cuando le fue diagnosticado el adenocarcinoma de recto, que le provocó una intervención quirúrgica y varias sesiones –cuatro ciclos– de quimioterapia. La demandada se opuso alegando que, de tener en cuenta el momento en que el trabajador (asegurado) fue dado de alta con la propuesta de Invalidez Permanente (24 de enero de 2004), o el momento del informe-propuesta del EVI (29 de abril de 2004), o el momento en que fue finalmente declarada la invalidez permanente (IPA) por resolución del INSS (3 de octubre de 2004), hacía tiempo que el contrato de seguro se encontraba extinguido entre las partes (desde el 1 de septiembre de 2003). Según la sentencia, para determinar el tiempo en el que acontecen las enfermedades comunes (en ausencia de normativa específica –como en el caso–, y para determinar una fecha del siniestro en caso de mejora voluntaria –y así saber si debe pagarse o no, como en el caso–) ha de acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de la Seguridad Social, que fija aquélla en *la fecha del dictamen del EVI*. Entre las numerosas razones que da para mantener esta opinión, destacan la 4.^a: «la experiencia de que las secuelas resultantes de una dolencia o de un hecho lesivo no están por regla general predeterminadas en el momento de su acaecimiento, sino que dependen de múltiples factores de desarrollo incierto»; y la 5.^a: «la fijación temporal del

Giménez, ECLI:ES:TS:1995:5234); de 28 de enero de 1997, Sala Social (P. José María Marín Correa, ECLI:ES:TS:1997:461); de 12 de febrero de 1998, Sala Social (P. Miguel Ángel Campos Alonso, ECLI:ES:TS:1998:908); de 2 de febrero de 1999, Sala Social (P. Manuel Iglesias Cabrero, ECLI:ES:TS:1999:571), entre otras muchas.

hecho causante en el momento de la declaración de la IP en el sentido indicado es sin duda la que aporta mayor seguridad en el tráfico jurídico, permitiendo atribuir con certidumbre las responsabilidades de prestaciones complementarias de la SS asumidas, e identificar también con facilidad a los empresarios o entidades aseguradoras responsables, criterio que sirve en muchas sentencias que nos allí narradas».

Ahora bien, la sentencia continúa afirmando que, en algunos supuestos excepcionales, el diagnóstico de la enfermedad permite predecir que el trabajador se verá afectado por una IPA. De acuerdo con esta realidad, la Sala afirma que la fecha del dictamen del EVI no puede ser en todos los casos la que determine el siniestro, pues lo decisivo no es la declaración formal, sino el momento en que la enfermedad invalidante se manifieste como definitiva⁴. En tal caso, el siniestro se retrotraería al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles, criterio –dice la sentencia– que atiende a la «realidad» del proceso patológico y no tanto al plano «formal» administrativo, que es el seguido por otras muchas sentencias⁵, y es el criterio general cuando no esté justificada la excepción.

En el caso, se da un supuesto excepcional «porque los hechos declarados probados nos sitúan ante una patología (carcinoma de recto), cuyo tratamiento radiológico, quimioterápico y quirúrgico había finalizado con mucha antelación a la fecha en que concluyó la vigencia de la póliza de aseguramiento (01/09/03)», lo que evidencia que el diagnóstico era definitivo.

⁴ El criterio se inicia con la STS de 13 de febrero de 1987, Sala Social (P. José Moreno Moreno, ECLI:ES:TS:1987:984), y se reitera en numerosas ocasiones: SSTs de 25 de junio de 1987, Sala Social (P. Arturo Fernández López, ECLI:ES:TS:1987:4451); 15 de febrero de 1988, Sala Social (P. Juan Muñoz Campos, ECLI:ES:TS:1988:966); 8 de octubre de 1991, Sala Social (P. Enrique Álvarez Cruz, ECLI:ES:TS:1991:5207); o 21 de enero de 1993, Sala Social (P. Arturo Fernández López, ECLI:ES:TS:1993:76), en las que el siniestro no tiene lugar en la fecha del dictamen de la UVAMI –que se establece como norma general en esta materia de incapacidad–, sino que se retrotrae al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles.

⁵ La STS 9 de diciembre de 1999, Sala Social (P. Aurelio Desdentado Bonete, ECLI:ES:TS:1999:7818), sobre mejoras en las prestaciones de la Seguridad Social, se remite a la doctrina de la que parte la STS 20 de abril de 1994, Sala Social (P. Antonio Martín Valverde, ECLI:ES:TS:1994:2663), con cita las SSTs de 25 de abril de 1994, 22 de abril de 1994, 20 de abril de 1994, 21 de septiembre de 1994, 24 de octubre de 1994, 19 de diciembre de 1994, 23 de junio de 1995, 13 de julio de 1995 y 23 de octubre de 1995, todas ellas referidas a trabajadores con contrato extinguido en la fecha de la declaración; la STS de 17 de julio de 2000, Sala Social (P. Jesús González Peña, ECLI:ES:TS:2000:5908), que recoge el criterio de la Sala (expresado también en la STC 116/1991, 23 de mayo), afirma que el siniestro debe situarse en la fecha del dictamen de la Unidad de Valoración Médica «a no ser en los que el carácter definitivo o irreversible de la lesión conste en un momento anterior»; la STS de 28 de junio de 2006, Sala Social (P. José Luis Gilolmo López, ECLI:ES:TS:2006:4637) y, finalmente, la de 14 de noviembre de 2006, Sala Social (P. Antonio Martín Valverde, ECLI:ES:TS:2006:7681), que tratando sobre la fecha controvertida destaca la supremacía del carácter definitivo e irreversible de la lesión incapacitante o invalidante en un momento anterior respecto de la fecha del dictamen-propuesta: «el informe médico y el dictamen-propuesta tienen un valor “declarativo” y no “constitutivo” del derecho a las prestaciones de incapacidad permanente».

Con todo, la STS 2746/2010, Sala Social, de 14 de abril, P. Fernando Salinas Molina (ECLI:ES:TS:2010:2746), que unificó doctrina, contó con un numeroso voto particular, en la línea de que el derecho sustantivo no tiene por qué plegarse –a través del artículo 3 CC– al derecho de la Seguridad Social, que tiene otra razón de ser.

4. **LA STS 195/2023, SALA CIVIL, DE 31 DE ENERO, P. PEDRO JOSÉ VELA TORRES (ECLI:ES:TS:2023:195). MARCO GENERAL**

4.1 EL SUPUESTO DE HECHO

En el contexto de un préstamo hipotecario que le liga con la otra beneficiaria del seguro –Caja Granada, que había prestado con garantía hipotecaria–, D. Amador mantuvo con Caja Granada Vida Compañía de Seguros y Reaseguros SA (a partir de ahora, Caja Granada Vida) una relación contractual –contrato de seguro– desde el 25 de febrero de 2009 hasta el 25 de octubre de 2014.

El contrato cubría los supuestos de muerte e invalidez. La cláusula referida a esta última decía así:

«Se entenderá que la fecha de ocurrencia de la invalidez coincide con la fecha que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez, que determine el derecho al cobro de una pensión a favor del Asegurado.»

Aparecía como primer beneficiario la Caja de Granada (el prestamista), y como segundo beneficiario, don Anselmo (el prestatario).

El 25 de agosto de 2014, estando en vigor todavía el contrato de seguro, don Amador fue dado de baja laboral por un periodo inicial de doce meses, debido a una enfermedad común. El 4 de septiembre de ese mismo año, 2014, don Amador fue hospitalizado por sospecha de leucemia, y en esa misma fecha se le diagnosticó una *leucemia aguda linfoblástica Proto-T*. Este diagnóstico ya no cambió en adelante, tanto con el seguro vigente como con el seguro extinguido; no lo hizo en ninguna de las bajas temporales sucesivas ni en la declaración de invalidez permanente: leucemia grave sin remisión. La declaración oficial de la invalidez a cargo del INSS no llegó hasta el 16 de marzo de 2016, cuando hacía tiempo que el contrato no se encontraba ya en vigor entre las partes, tras el Examen-Propuesta del EVI realizado el 24 de febrero de 2016, con el mismo diagnóstico: leucemia grave e irreversible, sin curación.

Don Amador demanda a Caja Granada Vida para que esta cumpla en virtud de lo previsto en el contrato (y le pague los 41.158,24 euros), más los intereses del artículo 20 LCS, que era la indemnización prevista en la póliza para el caso de invalidez permanente no satisfecha.

En Primera Instancia la demanda es estimada, si bien no se conceden los intereses del artículo 20 LCS sino desde la demanda. La idea principal de la sentencia es que el día en que debe considerarse realizado el siniestro es el de la baja laboral. La cláusula que ligaba la fecha de la invalidez con la declaración oficial de ésta por el INSS, la rechazó diciendo que la consideración de si se ha producido o no el siniestro no puede dejarse a la eficacia o rapidez en la tramitación por el organismo público. Como esto no puede ser así, interpreta la cláusula en el sentido de que la declaración oficial de invalidez permanente derivada de la enfermedad es necesaria, pero si ésta se encontraba previamente diagnosticada, lo decisivo es que esté acreditada, no la fecha en la que es declarada oficialmente. Como la enfermedad se había manifestado estando vigente el contrato, la aseguradora tenía que cumplir.

La Audiencia Provincial fue de la misma opinión: la enfermedad que determinó la posterior declaración de invalidez permanente se manifestó indubitadamente durante la vigencia del contrato de seguro, luego estaba cubierta.

La aseguradora recurre esta sentencia, alegando lo que nadie discute: en el contrato hay una cláusula en forma de condición general que es clara al determinar que la fecha de la invalidez es la de su declaración oficial por el organismo competente, lo que no ha sido respetado por la sentencia recurrida. A pesar de ello, el TS desestima el recurso, y aprovecha la ocasión para aclarar que, si para cubrir el supuesto, se le pide al contrato que esté vigente en el momento de la declaración oficial, o si basta con que esté vigente en el momento en que la enfermedad deviene definitiva: como regla, el siniestro llegará con ocasión de la declaración oficial de la invalidez; como excepción, *se retrotraerá* hasta el momento en que ha habido un diagnóstico definitivo (irreversible) de la enfermedad que provoca la posterior declaración de invalidez.

4.2 SIN PROBLEMAS DE INTERPRETACIÓN DE LA CLÁUSULA (STS 356/2021, SALA CIVIL, DE 8 DE FEBRERO, P. FRANCISCO MARÍN CASTÁN, ECLI:ES:TS:2021:356)

La STS 356/2021, Sala Civil, de 8 de febrero era el precedente más cercano de cláusula que determina el momento en que debe

considerarse acontecido el siniestro (invalidéz), pero, como se verá, el problema jurídico era distinto. Aquí la controversia en casación se centraba en la interpretación de la cláusula que definía el riesgo de invalidéz; en concreto, el recurrente (en su momento demandante) se quejaba de que la cláusula era oscura y la interpretación de la Audiencia Provincial no era *contra proferentem* (art. 1288 CC), esto es, no era contraria a aquél que había causado la oscuridad al prerredactar la cláusula. El demandante y recurrente en casación sostuvo desde el principio que la falta de claridad de una cláusula de la póliza (en concreto, de la que define el riesgo) no podía utilizarse en contra del asegurado/no predisponente (*ex art. 1288 CC*); en consecuencia, el siniestro quedaba determinado por el diagnóstico indubitado de la enfermedad invalidante, lo que ocurría estando el contrato de seguro en vigor, por lo que pedía su cumplimiento.

Según las condiciones generales de la póliza, la cobertura del riesgo de invalidéz quedaba así definido:

Si la Invalidéz por cualquier causa «es la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por cualquier causa que le incapacita para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional», la Invalidéz «Irreversible y consolidada» será «la situación proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas cualquiera que sea la causa, *siempre que el diagnóstico de esa situación sea considerado irrecuperable por los peritos médicos. Igualmente, se considerará Invalidéz el dictamen por el Organismo competente de una invalidéz permanente.*»

La sentencia recurrida considera que, puesto que se trataba de un seguro de vida que cubría también la invalidéz, la jurisprudencia aplicable a esta modalidad de seguro era la que da relevancia a la invalidéz *declarada oficialmente*, no a la existencia de enfermedad invalidante; y esto es precisamente lo que hacía la cláusula controvertida. Si en el momento en que se declaraba oficialmente la invalidéz ya se había extinguido la relación contractual entre las partes, no había cobertura del supuesto por parte del contrato.

Según el TS, el asegurado/demandante había planteado correctamente la cuestión al citar como infringido el artículo 1288 CC y la jurisprudencia que lo interpreta. En su opinión, la interpretación realizada por la sentencia recurrida sí se podía considerar hecha a favor de quien la había redactado, y que «no era imprescindible la declaración administrativa de invalidéz para que se entendiera producido el siniestro, ya que bastaba con el diagnóstico de su enfermedad como irreversible». La situación ya

era «consolidada e irreversible» en julio de 2013, esto es, «antes del impago de uno de los dos recibos, que no se produjo hasta diciembre de ese mismo año», de forma que el contrato estaba en vigor. Así, el «igualmente» de la última frase de la definición de invalidez en la cláusula no podía entenderse como que «el dictamen por el organismo competente» fuese siempre preceptivo para toda invalidez (interpretación que podía considerarse realizada en contra del asegurado no predisponente), «como si el párrafo anterior fuera irrelevante»; «muy al contrario y conforme a la jurisprudencia de esta Sala sobre el artículo 1288 CC», ese dictamen solo era una posible forma de determinar la cobertura «ya establecida en el párrafo anterior y fundada *no en el dictamen del Organismo competente sino en el diagnóstico de la enfermedad como “irrecuperable”*».

4.3 EL PLANTEAMIENTO DE LA SOLUCIÓN

Si en materia de accidentes la Sala Civil ya se había ocupado de unificar criterios con la Sala de lo Social, no ocurría lo mismo con la invalidez que resultaba de una enfermedad común.

Como hemos visto en la STS 2746/2010, Sala Social, de 14 de abril (P. Fernando Salinas Molina, ECLI:ES:TS:2010:2746, que se apoya, entre otras, en la sentencia 3901/2007, Sala Social, de 30 de abril de 2007, P. Luis Fernando de Castro Fernández, ECLI:ES:TS:2007:3901), la «doctrina tradicional» de la Sala Tercera distingue entre «regla general» y «excepción» para determinar el momento que se determina del siniestro: como regla, hay que estar a la fecha de la declaración oficial de la invalidez a cargo del EVI; como excepción, hay que retrotraerse a la fecha en la que el diagnóstico de la enfermedad es definitivo.

Este planteamiento le sirve a la Sala Civil para defender que ambas soluciones, siendo incompatibles, son igualmente válidas, cada una en su ámbito. Así, no puede considerarse que la jurisprudencia citada por la demandante haya sido vulnerada; más bien, se trata de una jurisprudencia que adopta la regla general. En un caso de excepción, la solución es necesariamente diferente. Claro que, ¿cómo saber si nos encontramos ante un caso de regla general o de excepción? Parecería que la regla general es más prudente, pues parte de que las consecuencias de la enfermedad no son predecibles, o al menos, definitivas. También veíamos que, en términos generales, es más segura. La excepción, sin embargo, se reconoce como tal precisamente porque es más justa.

Además, está el propio contrato. Aunque no haya verdadera autonomía en un caso de prerredacción de condiciones generales, ¿no puede predeterminarse una cláusula que diga que el siniestro se determinará por su declaración oficial, esto es, que mantenga la regla general?

Finalmente, está el asunto de la legitimación activa del beneficiario «segundo», el prestatario, con respecto a la cantidad que ha de servir, en primer lugar, al cumplimiento del préstamo, y que por tanto ha de ser para el beneficiario «primero», el prestamista. La cuestión es menor, puesto que ya había sido resuelta y no plantea ninguna novedad.

5. LA SOLUCIÓN A LA QUE LLEGA LA STS 195/2023, SALA CIVIL, DE 31 DE ENERO, P. PEDRO JOSÉ VELA TORRES (ECLI:ES:TS:2023:195): UNIFICACIÓN DE DOCTRINA CON LA SALA DE LO SOCIAL

De manera expresa, dice el TS en el Fundamento de Derecho Tercero, ordinal 5.º, que «[d]el 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 de 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». Y concluye: «[p]or lo que debemos hacer nuestras las mismas conclusiones sobre regla general y excepción, expuestas en el apartado, 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, Sala Civil, de 16 de mayo (P. Francisco Morales Morales, ECLI:ES:TS:1996:2940), y 100/2011, Sala Civil, de 2 de marzo (P. Francisco Marín Castán, ECLI:ES:TS:2011:1245)» (sentencias alegadas por la demandante), «y la excepción con la admisibilidad de tal circunstancia contemplada en la sentencia 60/2021, Sala Civil, de 8 de febrero (P. Francisco Marín Castán, ECLI:ES:TS:2021:356)». La finalidad de su postura es, por tanto, clara: unificar doctrina con Sala Social. Para hacerlo, se distingue entre regla general y la excepción. Aquella se remite a la fecha de la declaración oficial; ésta, a la enfermedad, siempre que sea la causante de la invalidez permanente y se considere permanente e irreversible.

5.1 CUÁNDO ESTAMOS ANTE UN CASO DE «EXCEPCIÓN»

El criterio determinado por la doctrina jurisprudencial, en defecto de negociación entre las partes, es que habrá que estar a la fecha de declaración oficial de la invalidez permanente por parte de la autoridad competente. Esta es la regla general, y el criterio por el que opta la cláusula. Con otras palabras, el contrato adopta en condiciones generales eso que hemos denominado «regla general», según la cual, hay que estar a la fecha de la declaración oficial de invalidez como fecha del siniestro. Pero la misma jurisprudencia reconoce que hay excepciones a esta regla.

No se dice nada nuevo al mencionar que habría que distinguir entre enfermedades e incapacidades; algunas de aquellas no permiten predecir si finalmente tendrá lugar una declaración oficial de invalidez, o si ésta será transitoria o definitiva. Otras permiten predecir esta circunstancia desde que se diagnostican por primera vez, o a partir de determinado momento en el que se muestran como irreversibles. Se entiende que sólo la declaración oficial de invalidez ofrezca la seguridad que se busca, por ejemplo, en el caso de reconocimiento de una pensión pública; pero se entiende también que, en ciertos casos, hay plena seguridad en que la enfermedad ha acarreado o acarreará la correspondiente invalidez, aunque esta no haya sido aún declarada. En tal caso, ofende al sentido de la justicia el que ciertas prestaciones se hagan depender de su declaración formal, especialmente cuando en el momento de la declaración oficial ya no hay contrato.

Hay que reconocer que en muchos casos no se planteará el problema, especialmente cuando el contrato de seguro continúe vigente en el momento de declaración oficial de la invalidez. Pero si el contrato, que está vigente cuando la enfermedad es diagnosticada, se extingue antes de que se haya producido la declaración, ¿damos por no cubierta la enfermedad? O cuando una aseguradora sucede a otra, ¿cuál de ellas –la vigente en el momento en el que se diagnostica la enfermedad o su sucesora, vigente cuando se hizo la declaración oficial– se hace cargo de dicha invalidez?

La solución que se adopta tiene en cuenta estos elementos:

- el contrato está vigente cuando la enfermedad se diagnostica, pero se ha extinguido cuando la invalidez se declara;
- la enfermedad es causa de la invalidez; y
- la enfermedad es diagnosticada de forma definitiva.

En el caso de la STS de 31 de enero de 2023, por ejemplo, el diagnóstico definitivo puede fijarse el 4 de septiembre de 2014, pues ya no se modifica, y sigue siendo el mismo el 24 de febrero de 2016, cuando el EVI declara la invalidez permanente del trabajador asegurado. Lo importante es que haya un diagnóstico definitivo, irreversible y anterior a la declaración; si ese es el caso, parece justo que la fecha relevante sea la de aquél.

Si se dan estos requisitos, nos encontramos ante un caso de excepción. El propio TS lo explica así: con la Sala Social, «acogemos el recurso, porque los hechos declarados probados nos sitúan ante una patología» que ya era definitiva mucho antes de que se produzca la declaración de la invalidez. Si desde entonces no hay ninguna alteración de la patología de base sufrida, el que se declare unos cuantos meses después no responde al hecho de que hubiese cierta incertidumbre sobre la existencia de las secuelas que dan lugar a la invalidez, y por ello, el siniestro podía retrotraerse hasta ese momento en el que el diagnóstico se da por indubitado (STS 3901/2007, de 30 de abril de 2007, Sala Social, P. Luis Fernando de Castro Fernández, ECLI:ES:TS:2007:3901, ya citada).

A la enfermedad se le pide que sea la verdadera causante de la invalidez, y que sea definitiva, en el sentido de que cuente con un diagnóstico que las sentencias suelen considerar como irreversible. En tal caso, nos hallamos ante una «excepción», y el siniestro (y la cobertura de la invalidez) se produce con el diagnóstico, no con la declaración oficial. Probablemente, es más fácil que el supuesto se considere excepcional si la fecha de la declaración llega notablemente más tarde que la del diagnóstico, y no se da una explicación que justifique esa tardanza, que solo cabrá atribuir a la propia diligencia del organismo, o a otras circunstancias externas al supuesto. «Lo decisivo es el momento en que las dolencias aparecen fijadas como definitivas e invalidantes» (STS 2746/2010, Sala Social, de 14 de abril, P. Fernando Salinas Molina, ECLI:ES:TS:2010:2746); y ese momento es claramente anterior a la declaración oficial.

5.2 LA CLÁUSULA ES LIMITATIVA DE LOS DERECHOS DEL ASEGURADO

En el caso comentado, es el propio contrato el que dispone, en una condición general predispuesta, que el ámbito temporal de la cobertura será el que hemos considerado como «regla general»: la fecha del siniestro será la fecha en que se declare oficialmente la invalidez permanente.

Como queda dicho, queda fuera de toda duda el que las partes hubieran podido *negociar* este u otro criterio. En el caso, la regla no ha sido negociada sino prerredactada por la autora de las condiciones generales, en concreto, la aseguradora. La ortodoxia de la prerredacción de condiciones generales nos dice que éstas pueden prerredactarse por una parte, siempre que su contenido sea el mismo, o no diste mucho, del Derecho dispositivo, o haya una explicación suficiente sobre el apartamiento respecto de éste. Pero ¿qué dice en este caso el Derecho dispositivo? En ausencia de norma legal dispositiva aplicable, encontramos el criterio jurisprudencial que distingue entre «regla general» y «excepción»: la determinación del momento del siniestro será la de la declaración oficial de la invalidez permanente, *salvo* que derive de una enfermedad común, y ésta pueda retrotraerse hasta el momento en que se manifiesta de forma irreversible. Esto puede ocurrir porque ha sido objeto de un diagnóstico expreso, o porque el tratamiento que se ha puesto solo puede responder a la existencia tácita de dicha enfermedad.

En caso de «excepción», el asegurado puede legítimamente esperar que su contrato cubrirá su enfermedad si ésta se diagnostica de forma definitiva estando aún vigente el contrato, o por haberse comenzado un tratamiento que solo se explica por dicha enfermedad, o por «algo» que evidencie que tal diagnóstico existe. A la enfermedad se le pide que sea la causa de la invalidez permanente, y al diagnóstico que sea el mismo –y definitivo– hasta que la invalidez se declare oficialmente.

Con todo, es normal que surja la duda: la cláusula que en condiciones generales establece que el momento del siniestro es el de la declaración oficial de invalidez, ¿es una cláusula lesiva, y por ello nula? ¿es una cláusula limitativa de un derecho del asegurado, luego sujeta a lo dispuesto en el artículo 3.1 *in fine* LCS? ¿o es una cláusula meramente delimitadora del derecho de éste, que algunos autores explican como predisponible pero que la jurisprudencia suele someter al mismo régimen que a las limitativas?⁶

Hay que decir que el TS apenas invierte un párrafo en considerar que se trata de una cláusula limitativa de los derechos del asegurado, y que, como tal, solo hubiese podido incorporarse al contrato reuniendo los requisitos del artículo 3.1 *in fine* LCS. En el Fundamento de Derecho Tercero, ordinal 7.º, se dice: «Como quiera que la cláusula contractual que fijaba la fecha del siniestro

⁶ BASOZABAL ARRUE, 2003, pp. 87 ss.; PAGADOR LÓPEZ, 1986, núm. 87, pp. 93 ss.; SÁNCHEZ CALERO, 1984, pp. 57 ss.; SÁNCHEZ CALERO, 1999, pp. 79 ss., y VEIGA COPO, 2020, artículo 3.

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 artículo 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».

La condición excluye la retroacción y, al hacerlo, va en contra del criterio jurisprudencial que permite retrotraer el momento del siniestro, en caso de «excepción», hasta «la fecha en que el diagnóstico de la enfermedad común se hace definitivo». La cláusula lo descarta, por lo que debe considerarse limitativa de los derechos del asegurado. Éste tiene una legítima expectativa a esperar –conforme al criterio jurisprudencial aplicable– que su enfermedad quedará cubierta, *si en el momento de realizarse el diagnóstico irreversible el contrato está en vigor*. Claro que sería posible hacer depender la cobertura de una fecha posterior a la del diagnóstico definitivo de la enfermedad, o excluir ésta de la posible retroacción, pero cualquiera de estas acciones debería haberse *negociado*, no prerredactado como condición general. La cláusula que así limitase la situación del asegurado, debe seguir la suerte de las demás condiciones limitativas y, si se quiere que forme parte del contrato, ser aceptada expresamente por el asegurado.

En un supuesto de «excepción», la «regla general» es «limitativa del derecho del asegurado» a que se aplique el criterio jurisprudencial. La exclusión de retroacción es siempre desfavorable para el enfermo, pues de este modo se limita su legítima esperanza. Todo depende, por tanto, de que nos encontremos en un caso de excepción, pero una vez se haya justificado ésta, la enfermedad quedará cubierta si el diagnóstico definitivo llega estando en vigor el contrato de seguro.

Por lo que hemos podido indagar, sin afán de exhaustividad, no parece haya tipos de enfermedad que se presenten como idóneos para causar la excepción. Luego habrá que determinarlo caso por caso.

5.3 LA LEGITIMACIÓN ACTIVA

En cuanto a la posible falta de legitimación activa por quien sólo es el beneficiario «segundo» para cobrar el total de la suma asegurada y los eventuales intereses de demora, es tema que ya había sido objeto de decisión por el Alto Tribunal: el prestatario

(beneficiario «segundo») sí tiene legitimación activa. Ocurría, eso sí, que la sentencia recurrida no hacía siquiera referencia al primer beneficiario, por lo que sí vulneraba las previsiones legales sobre el orden de llamamientos en caso de pluralidad de beneficiarios.

Las SSTs 669/2014, Sala Civil, de 2 de diciembre (P. Ignacio Sancho Gargallo, ECLI:ES:TS:2014:5059), 222/2017, de 5 de abril (P. Francisco Marín Castán, ECLI:ES:TS:2017:1330) y 37/2019, de 21 de enero (P. Francisco Marín Castán, ECLI:ES:TS:2019:127) declararon la legitimación activa directa del prestatario, o de sus herederos, para reclamar a la aseguradora la indemnización pactada, y ello aunque el primer beneficiario fuese la entidad prestamista, y estuviese ésta más o menos relacionada con la demandada. Esto supone que, sin perjuicio de que en primer lugar deba pagarse al beneficiario primero lo que quedara por satisfacer del préstamo vinculado al seguro, con cargo a la suma asegurada, lo que reste se abonará al prestatario (beneficiario «segundo»), o a sus herederos⁷.

Ambos, prestamista y prestatario, tienen un interés compartido en cobrar la suma asegurada: el prestatario, en quedar liberado de su obligación de devolver el préstamo; el prestamista, en que se cumpla con lo que se acordó. Por ello, en primer lugar el prestamista/beneficiario «primero» debe cobrarse, con cargo a la suma asegurada, lo que quedara por pagar del préstamo, y solo si queda remanente, éste irá a parar al beneficiario «segundo», el prestamista.

6. RECAPITULACIÓN

El TS comienza por reconocer que la invalidez permanente tiene lugar, *como regla*, cuando se produce su declaración oficial. Así se admite en numerosas sentencias, en las que se dan las principales razones para mantener esa postura. Esto no impide que la jurisprudencia sea sensible a los casos, también frecuentes, en los que la invalidez permanente no proviene de un suceso accidental, sino de una enfermedad común, que ya estaba diagnosticada antes de ser laboralmente declarada.

La Sala Social venía explicando que se trataba de distinguir entre «regla general», para los primeros casos, y «excepción», para los segundos. En los primeros, el siniestro ocurre con la declaración oficial; en los segundos, con el diagnóstico definitivo de la enfermedad. La doble regla permite al TS resolver con mayor segu-

⁷ Como dice la STS de 5 de abril de 2017 (ECLI:ES:TS:2017:1330), no resulta jurídicamente explicable que «el banco no reclame a la aseguradora y decida seguir exigiendo el pago del capital pendiente a los prestatarios asegurados».

ridad los casos en los que, aunque hay contrato de seguro cuando la enfermedad común se diagnostica, se ha extinguido cuando la invalidez se declara oficialmente; o bien, cuando hay cambio de aseguradora.

Solo queda dar la bienvenida a las iniciativas que dan una visión unitaria del ordenamiento jurídico, aunque el Derecho consista básicamente en *distinguir* de forma razonable.

BIBLIOGRAFÍA

- BASOZABAL ARRUE, Xabier: «El artículo 76 LCS: una invitación a legislar», *Revista Española de Seguros*, núm. 113-114, 2003, pp. 87-115.
- PAGADOR LÓPEZ, Javier: «Régimen jurídico de las condiciones generales y particulares del contrato de seguro (en torno a los conceptos de “cláusula limitativa de los derechos del Asegurado”, “cláusula de carácter lesivo para el Asegurado” y “cláusula de delimitación del riesgo objeto de la cobertura”)», *Revista Española de Seguros*, 1996, núm. 87, pp. 83 ss.
- SÁNCHEZ CALERO, Fernando: «Comentario del artículo 3», en *Comentarios al Código de Comercio y Legislación mercantil especial* (dir. por MOTOS y ALBALADEJO), XXIV-1.º, *Ley de Contrato de Seguro*, EDERSA, 1984, pp. 57-94.
- «Comentario del artículo 3», en *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones* (dir. por F. SÁNCHEZ CALERO), Aranzadi, 1999, pp. 73-113.
- VEIGA COPO, Abel: *Comentarios prácticos a la Ley de Contrato de Seguro. A los 40 años de su promulgación, 1980-2020* (libro electrónico), Aranzadi-Thomson-Reuters, 2020.