



Carlos Sedano
Asesor Laboral de CEHAT

La compañía aseguradora responderá únicamente si el siniestro se comunica en plazo

La sentencia de la Sala 4ª del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2017 ha dado la razón a una compañía aseguradora que rechazó dar cobertura a un siniestro, derivado de un accidente laboral, porque, estando establecido que éste se comunicaría por la aseguradora durante la vigencia de la póliza, o en un periodo postcontractual de un año contado a partir de la fecha de extinción, anulación o resolución de la

póliza, la tomadora del seguro no efectuó dicha comunicación, teniendo conocimiento la aseguradora únicamente cuando fue citada judicialmente por el Juzgado de lo Social. La empresa es declarada, en virtud de dicha resolución, única responsable de la indemnización de daños y perjuicios acordada judicialmente a favor del trabajador, siendo absuelta la compañía aseguradora.

Con el aumento del número de demandas judiciales, en el ámbito de la jurisdicción social, en las que se ve involucrada una compañía aseguradora (reclamaciones de mejoras voluntarias derivadas de los convenios colectivos, indemnizaciones por responsabilidad civil derivadas de daños y perjuicios generados con ocasión de un accidente de trabajo, etc.), cada vez con más frecuencia los operadores jurídicos se encuentran con que las compañías aseguradoras echan mano de las cláusulas establecidas en el contrato de seguro para rechazar la cobertura del siniestro; cláusulas en las que inicialmente puede no repararse al contratar el seguro, pero que ante un litigio pueden determinar que la compañía aseguradora vea exonerada su responsabilidad, recayendo esta en exclusiva sobre la empresa, si no se han dado cumplimiento a las obligaciones establecidas en las condiciones generales o particulares del contrato de aseguramiento. Ello ocurre especialmente en aquellos supuestos en que la empresa ha cambiado de compañía aseguradora, de forma que la anterior no siente vinculación alguna respecto del cliente que ya no tiene contratados con ella sus servicios.

Este es el caso analizado en la sentencia del Tribunal Supremo, de 25 de abril de 2017, que aborda el supuesto de una empresa que tenía concertado un contrato

de seguro de responsabilidad civil con la compañía "GROUPAMA", hasta el 18 de junio de 2011, y con posterioridad a esa fecha con la compañía "AXA". Uno de sus empleados sufrió un accidente laboral el 14 de marzo de 2011, a consecuencia del cual fue declarado en situación de incapacidad permanente total para su profesión habitual en julio de 2012. En mayo de 2008 el trabajador presentó demanda judicial reclamando una indemnización de daños y perjuicios a la empresa, que fue estimada, cifrándose estos en 56.692,70 euros.

La compañía aseguradora "GROUPAMA", demandada también por el trabajador, rechazó las consecuencias del siniestro, al haber tenido conocimiento del mismo a través de la notificación del Juzgado, si bien fue condenada por el Juzgado de lo Social, siendo dicha sentencia confirmada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia.

Interpuesto recurso de casación para la unificación de doctrina por "GROUPAMA", esta alegó que en una de las cláusulas de la póliza de seguro, en el apartado de condiciones generales, se preveía que la cobertura amparaba las consecuencias de accidentes sobrevenidos durante la vigencia de la póliza, con independencia de la fecha efectiva en que fuera declarada la incapacidad permanente del trabajador, pero siempre que la comunicación del hecho causante

se efectuara durante la vigencia de la póliza o en un periodo postcontractual de un año contado a partir de la fecha de extinción, anulación o resolución de la póliza, plazo que no había sido cumplido por la empresa.

La sentencia del Tribunal Supremo, para resolver la cuestión, distingue entre cláusulas lesivas, limitativas y delimitadoras del riesgo, contenidas en el contrato de aseguramiento. Indica que las primeras son inválidas y deben tenerse por no puestas (cuando son desproporcionadas o suponen un desequilibrio insuperable en perjuicio del asegurado); las limitativas restringen derechos pero no pueden entenderse desproporcionadas ni causan un desequilibrio insuperable al asegurado, por lo que pueden alcanzar validez si cumplen con las dos condiciones que establece la Ley de Contrato de Seguro, esto es, que se destaquen de modo especial y que sean específicamente aceptadas por escrito. En cuanto a las delimitadoras del riesgo son cláusulas que acotan -pero no excluyen- el riesgo objeto de cobertura, y son las que definen qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial. Estas cláusulas delimitadoras del riesgo son plenamente válidas, y no merecen estar resaltadas de un modo especial en el documento contractual.

La Sala 4ª del Alto Tribunal concluye que la cláusula en cuestión es una cláusula delimitadora del riesgo en su vertiente

temporal, que no limita el derecho del asegurado y por tanto es plenamente válida; por tal razón no está obligada la compañía aseguradora a cubrir el riesgo derivado de la responsabilidad civil por daños y perjuicios a consecuencia del accidente laboral sufrido por el trabajador, pues la empresa no informó del siniestro (accidente laboral) ni durante la vigencia de la póliza, ni en el plazo de un año tras su extinción.

El Tribunal Supremo recuerda que el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro determina que el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, si bien aclara que el incumplimiento de este breve plazo legal no determina la no cobertura del riesgo contratado sino que habilita para que el asegurador reclame daños y perjuicios derivados de la falta de comunicación en plazo. En consecuencia, concluye, la decisión de circunscribir el riesgo objeto de cobertura a los siniestros ocurridos en el ámbito temporal de la póliza siempre que estén comunicados antes de la finalización de los doce meses siguientes a la finalización del contrato, no puede considerarse, en modo alguno, una limitación de los derechos del asegurado, sino una cabal configuración del riesgo objeto de cobertura del contrato de seguro.

