



Roj: **STS 3619/2018** - ECLI: **ES:TS:2018:3619**

Id Cendoj: **28079110012018100585**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **26/09/2018**

Nº de Recurso: **1794/2015**

Nº de Resolución: **528/2018**

Procedimiento: **Civil**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 528/2018

Fecha de sentencia: 26/09/2018

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 1794/2015

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 12/09/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

Procedencia: Audiencia Provincial de Las Palmas, sección 5.ª

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 1794/2015

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 528/2018

Excmos. Sres.

D. Francisco Marin Castan, presidente

D. Jose Antonio Seijas Quintana

D. Antonio Salas Carceller

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D. Eduardo Baena Ruiz

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

En Madrid, a 26 de septiembre de 2018.



Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por la demandante D.^a Estefanía , representada por el procurador D. Emilio García Guillén bajo la dirección letrada de D.^a Clementina García Hernández, contra la sentencia dictada el 21 de enero de 2015 por la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Las Palmas en el recurso de apelación n.º 31/2013, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 222/2011 del Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de San Bartolomé de Tirajana sobre indemnización por seguro de vida con cobertura de incapacidad vinculado a un préstamo personal. Ha sido parte recurrida la aseguradora demandada Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. - Caser -, representada por la procuradora D.^a Adela Cano Lantero bajo la dirección letrada de D.^a Fátima Bueno Reyes.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 24 de febrero de 2011 se presentó demanda interpuesta por D.^a Estefanía contra Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. - Caser -solicitando se dictara sentencia con los siguientes pronunciamientos:

"1º.- Declarar la vigencia de la Póliza Individual N.º. NUM001 , dimanante de la Póliza Colectiva N.º NUM000 , suscrita en fecha 11 de Abril de 2000.

"2º.- CONDENAR A LA DEMANDADA A INDEMNIZAR a mi mandante en la suma de de TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS EUROS (36.573.852 €), incrementada en la cuantía resultante de la aplicación de los intereses moratorios del artículo 20 de la LCS (Ley del Contrato de Seguro), computados desde la fecha de la baja médica o concesión de la incapacidad, es decir, desde fecha 13 de Diciembre de 2006.

"3º.- Con expresa imposición a la parte demandada de las costas causadas".

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de San Bartolomé de Tirajana, dando lugar a las actuaciones n.º 222/2011 de juicio ordinario, y emplazada la demandada, esta contestó a la demanda alegando la excepción de falta de legitimación activa de la demandante y, en todo caso, que la demanda debía desestimarse por razones de fondo.

TERCERO.- Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, el juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 26 de julio de 2012 desestimando la excepción propuesta y con el siguiente fallo:

"Que ESTIMANDO la demanda formulada por el procurador de los tribunales D. Orlando Puga Medraño en representación de Doña Estefanía contra la parte demandada, la entidad aseguradora Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. -CASER-, debo:

"- Declarar vigente la póliza individual n.º NUM001 dimanante de la póliza colectiva n.º NUM000 , suscrita en fecha 11 de abril de 2000

"- Condenar a la demandada a pagar a la actora la suma de TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES EUROS CON OCHENTA Y CINCO CENTIMOS (36.573,85 EUROS), más los intereses previstos en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro, conforme a lo dispuesto en el fundamento de derecho sexto, y con imposición de costas a la entidad demandada".

CUARTO.- Interpuesto por la parte demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la demandante y que se tramitó con el n.º 31/2013 de la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Las Palmas, esta dictó sentencia el 21 de enero de 2015 con el siguiente fallo:

"Que ESTIMANDO PARCIALMENTE el recurso de apelación formulado por CÁSER CAJA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 3 de los de San Bartolomé de Tirajana el 26 de julio de 2012, REVOCAMOS PARCIALMENTE dicha resolución y declaramos que con estimación parcial de la demanda declaramos vigente la póliza suscrita entre las partes el 11 de abril de 2000 y condenamos a CÁSER CAJA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. al pago a DOÑA Estefanía de la suma de MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS EUROS CON CINCUENTA Y SIETE CÉNTIMOS (1.836,57), más los intereses legales ordinarios devengados por dicha suma desde el 15 de septiembre de 2008, debiendo cada parte hacer frente a sus propias costas generadas tanto en primera como en segunda instancia".

Por auto de 20 de marzo de 2015 se acordó no haber lugar a las peticiones de aclaración, subsanación, rectificación o complemento de la sentencia formuladas por la demandante.



QUINTO.- Contra la sentencia de segunda instancia la demandante-apelada interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

El recurso extraordinario por infracción procesal se componía de cuatro motivos con los siguientes enunciados:

"PRIMERO.- Vulneración del artículo 216 y 218.1º de la LEC, por infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia.

"El primer motivo por infracción procesal se interpone al amparo de lo dispuesto en el artículo 469.1.2º LEC, por infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia, en relación con el artículo 216 y 218.1º LEC y del artículo 24 CE en la que directamente incurre la sentencia".

"SEGUNDO.- Vulneración del artículo 216 y 218.1º de la LEC, por infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia".

"El segundo motivo por infracción procesal se interpone al amparo de lo dispuesto en el artículo 469.1.2º LEC, por infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia, en relación con el artículo 216 y 218.1º LEC".

"TERCERO.- El tercer motivo de este recurso extraordinario por infracción procesal se fundamenta en el art. 469.1.4º de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por vulneración de derechos fundamentales reconocidos en el art. 24 de la Constitución al existir un error patente en la valoración de la prueba: con relación a la interpretación del contrato de seguro, su modalidad e indemnización o suma fijada en la sentencia".

"CUARTO.- El segundo motivo [sic] de este recurso extraordinario por infracción procesal se fundamenta en el art. 469.1.4º de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por vulneración de derechos fundamentales reconocidos en el art. 24 de la Constitución, infracción de las normas legales que rigen los actos y garantías del proceso, en concreto, infracción de los artículos 216, 217, y 218.2 de la LEC, en relación con el art. 326.1 del mismo cuerpo legal, que constituye una errónea, patente y arbitraria valoración de la prueba: con relación a los documentos privados aportados de contrario, en concreto, los documentos números uno, dos, tres y cuatro de los aportados de contrario en su escrito de contestación, en relación con el documento nº 2 aportado por esta parte con nuestro escrito inicial de demanda".

El recurso de casación se componía de dos motivos con los siguientes enunciados:

"QUINTO.- Mediante este primer motivo de recurso de casación se denuncia, al amparo de lo dispuesto en el art. 477.2, nº 3, de la LEC, que la Sala sentenciadora ha incurrido en infracción, por interpretación errónea de los arts. 1 y 3, 80 y 83 y 88 de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, en la sentencia contra la que se recurre, que recaída en grado de apelación, en autos de juicio ordinario seguido en razón a la materia, se opone a doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo, lo que sirve de fundamento al interés casacional del recurso de conformidad con lo dispuesto en el art. 477.3.1 de la LEC; y el recurso se funda en la infracción de normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso, que el motivo que autoriza el art. 477.1 de la LEC".

"SEXTO.- Se alega como motivo de interposición del recurso de casación por interés casacional, la infracción de los siguientes preceptos legales: arts. 1 y 3, 80 y 83 y 88 de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro.

"Conforme al art. 477.2.3º y 3 LEC, se alega la jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales, señalando con carácter previo el motivo de dicha contradicción [...]"

SEXTO.- Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, los recursos fueron admitidos por auto de 28 de febrero de 2018, a continuación de lo cual la demandada-recurrida presentó escrito de oposición solicitando la inadmisión o, en su caso, la desestimación de ambos recursos y, subsidiariamente, para el caso de que fuesen estimados, que "se tenga en cuenta a los efectos del fallo lo expuesto en la alegación quinta de este escrito sin imposición de costas".

En el escrito de oposición realizó "alegaciones complementarias" relativas a hechos que decía posteriores y que debían tenerse en cuenta en caso de estimación total o parcial de los recursos, por considerar que tenían influencia en el fallo. Mediante otrosí solicitó la admisión de prueba documental referida a estas alegaciones complementarias.

Evacuado el preceptivo traslado para alegaciones la parte recurrente ha solicitado su inadmisión, quedando la decisión al respecto para sentencia.



SÉPTIMO.- Por providencia de 20 de julio del corriente año 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 12 de septiembre siguiente, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente litigio versa sobre la reclamación de una persona como asegurada, contra su compañía de seguros exigiéndole el pago de la suma indicada en el certificado de seguro, que decía corresponderle tras serle reconocida una invalidez permanente absoluta cubierta por el seguro colectivo al que se había adherido, de vida e incapacidad, y vinculado a un préstamo personal. Dicha pretensión fue íntegramente estimada en primera instancia pero solo en parte en apelación, pues en atención a la modalidad de seguro contratada (de amortización) la sentencia recurrida, tras razonar que la demandante hoy recurrente solo podía exigir el cumplimiento del contrato y reclamar en consecuencia la cantidad pendiente de pago al producirse el siniestro, le reconoció "legitimación y procedencia" tan solo para ser reintegrada del importe de las concretas cuotas que había seguido abonando a partir de esa fecha.

Los antecedentes relevantes para la decisión de los recursos, por infracción procesal y de casación, son los siguientes:

1.- Se han declarado probados o no se discuten los siguientes hechos:

1.1. El 11 de abril de 2000, pero con fecha de efecto de 1 de enero de ese mismo año, la demandante hoy recurrente D.^a Estefanía suscribió con Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. -Caser- (en adelante Caser), un certificado individual de seguro (n.º NUM001) por el que se adhería a una póliza colectiva de vida (n.º NUM000) que, además del riesgo de fallecimiento de la asegurada, cubría el de incapacidad permanente absoluta, en este caso con una suma asegurada de 6.085.377 pesetas (según certificado individual aportado como doc. 2 de la demanda), equivalentes a 36.573,85 €.

1.2. El seguro se vinculó al préstamo personal n.º NUM002 que la demandante había concertado con Caja Insular de Ahorros de Canarias (Caja de Canarias), razón por la que, además de figurar esta entidad en el certificado individual como tomadora, también se la designaba como primera beneficiaria.

1.3. El seguro se correspondía con la modalidad "Temporal Anual Renovable" y, de acuerdo con las "condiciones básicas de contratación" para este tipo de "seguros "de amortización de préstamos"" (folio 117 de las actuaciones de primera instancia), el capital asegurado se fijaba de acuerdo con la siguiente cláusula:

"2. Temporal anual renovable: el capital asegurado en cada momento se corresponde con el Capital Inicial Prestado, minorado en los importes amortizados que hayan sido comunicados al Asegurador por el Asegurado o por el Tomador. [...]".

1.4. La aseguradora no presentó a la asegurada ningún cuestionario o declaración de salud.

1.5. Por resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS) de fecha 13 de diciembre de 2006, dictada a propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades, la asegurada fue declarada en situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, constandingo como cuadro clínico residual desencadenante de dicha incapacidad un "Trastorno obsesivo compulsivo de larga evolución" y como limitaciones orgánicas y funcionales "Arituales (sic) fobias y trastornos de la conducta que producen gran deterioro de la vida social, familiar y laboral" (docs. 3 y 6 de la demanda).

1.6. Aunque la asegurada fue diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo antes de adherirse al seguro, dicha patología no podía vincularse causalmente con la invalidez declarada al tratarse de una enfermedad sujeta a posterior evolución (en este sentido se manifestaron los médicos especialistas en psiquiatría que atendieron a la asegurada, el doctor Martín, que lo hizo durante el periodo 1993-1998, y el doctor Mauricio, que la atendió en 2004) y desconocerse, dada la falta de cuestionario o declaración de salud, el estado de la enfermedad en la fecha de la adhesión al seguro colectivo.

1.7. En la fecha de declaración de la invalidez el capital del préstamo pendiente de amortizar era de 27.528,73 euros.

1.8. Con fecha 15 de septiembre de 2008 la asegurada requirió a la aseguradora en los siguientes términos (doc. 4 de la demanda):

"[...] que se haga efectivo dicha póliza de Vida a favor de la CAJA DE CANARIAS sobre todas las deudas que tuviera con esta entidad bancaria, desde la fecha del presente.

"Y que la diferencia sobrante de la garantía me sea abonada [...]".



1.9. La aseguradora rechazó el siniestro por la "existencia de antecedentes médicos no declarados en el boletín de adhesión" (doc. 5 de la demanda).

1.10. Con fecha 6 de marzo de 2009 la asegurada promovió diligencias preliminares, al amparo del art. 256.1.5.º LEC, consistentes en que, por medio de su representante legal, la aseguradora exhibiera (doc. 7 de la demanda):

"[...] el contrato de seguro que pueda tener suscrito con mi poderdante, así como las pólizas de hogar, decesos, cuestionarios de salud o cualquier otro producto que puedan haber suscrito ambas partes o bien le hayan ofrecido a mi mandante, a fin de dirigirse contra la entidad aseguradora correspondiente en juicio ordinario posterior para reclamar indemnización por los daños y perjuicios ocasionados".

Repartido el asunto al Juzgado de Primera Instancia n.º 16 de Las Palmas, dando lugar a las actuaciones n.º 1318/2010, el magistrado-juez del mencionado juzgado dictó auto de fecha 6 de septiembre de 2010 accediendo a lo solicitado. Señalado el día 23 de noviembre de 2010 para la exhibición documental, consta según acta de dicha fecha (doc. 9 de la demanda):

"Que se aporta certificado de garantía de la póliza suscrita al no existir en los archivos de la entidad documento físico de la póliza al tratarse de una póliza colectiva de adhesión, identificada con el protocolo 9421 que se refiere a los clientes de la Caja Insular de Ahorros de Canarias, que el único documento firmado es el certificado de seguro que debe obrar en poder de la parte demandante en la que se hacen constar las condiciones particulares y especiales así como extracto de las condiciones generales y el cuestionario de salud al que se le sometió".

En dicho certificado de seguro se podía leer que el capital asegurado para caso de invalidez absoluta y permanente era de 27.528,73 euros, que el beneficiario era Caja Insular de Canarias y que la última prima satisfecha había sido la de 1 de enero de 2008.

2.- Con fecha 24 de febrero de 2011 la asegurada promovió el presente litigio contra su aseguradora Caser solicitando que se declarase vigente la póliza individual dimanante de la colectiva y que se condenara a la demandada a indemnizar a la demandante en la cantidad de 36.573,85 euros (según aclaró en la audiencia previa, min. 4'20") más los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro (13 de diciembre de 2006) y al pago de las costas.

En apoyo de estas pretensiones alegó, en lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que en virtud del seguro suscrito, de vida e invalidez, vinculado a un préstamo personal, en caso de siniestro la aseguradora debía abonar a los beneficiarios -la entidad prestamista- el capital asegurado indicado en el certificado individual de seguro (6.085.377 pesetas/36.573,85 euros); (ii) que dicho siniestro se había producido al declararse la invalidez de la demandante con fecha 13 de diciembre de 2006; (iii) que comunicado el siniestro a la compañía, esta lo rechazó alegando la existencia de antecedentes médicos no declarados que habían impedido valorar oportunamente el riesgo; (iv) que tiempo después la demandante solicitó la práctica de diligencia preliminar consistente en que por la aseguradora se exhibiera el contrato de seguro suscrito, así como pólizas de hogar, decesos, cuestionarios de salud o cualquier otro producto que hubieran suscrito ambas partes, no pudiendo aportar Caser más que un certificado pero ningún cuestionario de salud, ya que la demandante nunca había sido sometida a ninguno, debiendo soportar la compañía las consecuencias de su omisión; y (v) que a pesar de producirse el siniestro cuyo riesgo era objeto de cobertura, la demandante se había visto "compelida a seguir abonando el crédito a pesar de su precaria situación económica (bloque doc. 10, extractos bancarios de la cuenta en la que se cargaban las cuotas del préstamo).

Fundamentaba jurídicamente sus pretensiones en los arts. 1089, 1091, 1100, 1108 y 1124 CC, y 19 y 20 LCS.

3.- La aseguradora demandada se opuso a la demanda solicitando su desestimación, tanto por falta de legitimación activa de la demandante como en todo caso por razones de fondo.

Alegó en síntesis: (i) que como el seguro (de vida de amortización) estaba vinculado a un préstamo y el beneficiario era la entidad prestamista por el capital pendiente de amortización, la demandante carecía de legitimación para reclamar para sí misma la suma inicialmente asegurada (36.573,85 euros, que por error en la demanda se indicó como 36.573.852 euros), pues únicamente podía pedir que se condenara a la aseguradora a entregar a la beneficiaria el importe pendiente de amortizar en el momento de producirse el siniestro -declaración de incapacidad permanente absoluta- (27.528,73 euros, según certificado aportado como diligencia preliminar) y que se reintegrase a la demandante el importe de las cuotas del préstamo que hubiera seguido pagando después del siniestro (art. 88 LCS); (ii) que las pólizas de vida se emitían por triplicado, siendo un ejemplar del boletín de adhesión para el asegurado, otro para la aseguradora y otro para la beneficiaria, por lo que impugnaba el certificado individual de seguro aportado por la demandante al no ser el original, y como tampoco lo tenía la aseguradora en su poder (según decía, "se ha traspapelado"), aportaba a



efectos ilustrativos un modelo tipo de esos certificados de adhesión, en cuyo reverso se incluía el condicionado del seguro, y un certificado de adhesión cumplimentado, pero relativo a otro asegurado; (iii) que el seguro suscrito era de la modalidad "Amortización Temporal Anual Renovable (TAR)" respecto del cual se preveía en el condicionado de la póliza que el capital asegurado en cada momento sería el inicial prestado menos los importes amortizados, y que quedaban excluidos de cobertura los siniestros causados por enfermedades preexistentes al contrato y no declaradas por el asegurado, por lo que la demandante había incumplido su deber de colaboración (art. 16 LCS) al no facilitar información médica de las enfermedades que padecía y fecha de inicio de las mismas ni aportar documentación al respecto con la demanda, siendo además causa de nulidad del contrato que la demandante ya tuviera la enfermedad invalidante antes de contratar (art. 4 LCS); (iv) que no era cierto que la aseguradora hubiera rechazado el siniestro ni que la demandante hubiera seguido abonando la prima; y (v) que tampoco procedía la imposición de intereses de demora por la existencia de causa justificada.

4.- La sentencia de primera instancia, estimando la demanda, declaró vigente la póliza y condenó a la aseguradora demandada a abonar 36.573,85 euros, más los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro, y al pago de las costas.

Sus razones fueron, en síntesis, las siguientes: (i) en un caso como este de inactividad de la beneficiaria, la asegurada contaba con legitimación activa para reclamar a la aseguradora, máxime cuando parte de lo reclamado no era más que el reintegro de lo previamente abonado; (ii) no había quedado acreditada la realización de cuestionario de salud al no haberlo aportado la aseguradora, a quien correspondía probar su existencia (art. 217.3 LEC) y soportar las consecuencias de su omisión (art. 10 LCS); (iii) el seguro suscrito era válido al no resultar de aplicación el art. 4 LCS (en virtud del cual habría sido nulo si al contratarse no hubiera existido el riesgo o ya se hubiera producido el siniestro), ya que la enfermedad preexistente de la asegurada (diagnosticada antes de que suscribiera la póliza objeto de litigio) dependía de su evolución posterior y, ante la falta de prueba al respecto sobre la situación concreta en el momento de contratar, no podía vincularse causalmente con la invalidez finalmente declarada; (iv) la suma cubierta por la póliza era la indicada por la demandante según el certificado individual aportado con la demanda (36.573,85 euros), puesto que correspondía a la aseguradora probar la cifra menor que alegaba (27.528,73 euros, importe pendiente de amortizar cuando sobrevino el siniestro), lo que no había hecho al haber extraviado el documento contractual original y carecer de valor probatorio frente al contenido del citado certificado los contratos tipo aportados por Caser en los que constaba "la cláusula de reducción de la suma garantizada teniendo en cuenta la amortización del préstamo"; y (v) la citada cantidad debía incrementarse con los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro (13 de diciembre de 2006).

5.- La aseguradora recurrió en apelación solicitando la desestimación de la demanda por considerar, en síntesis y en lo que ahora interesa, que al tratarse de un seguro de amortización el capital asegurado no era el inicial sino el pendiente de amortizar al producirse el siniestro, y que al ser beneficiaria la entidad prestamista, la demandante no podía solicitar para ella la citada cantidad, sino únicamente su entrega a la beneficiaria y, en su caso, la devolución a la demandante de las cantidades satisfechas para la amortización del préstamo desde la fecha del siniestro. En concreto: (i) cuestionó la validez del único documento aportado para sustentar el derecho de la demandante por ser una mera fotocopia; (ii) adujo incongruencia por haberse admitido que el seguro tenía un beneficiario (la entidad prestamista) y pese a ello haberse reconocido a la demandante legitimación para reclamar para sí la suma asegurada; (iii) alegó error en la valoración probatoria en cuanto a la cantidad objeto de aseguramiento, pues no era la misma desde que se celebró el contrato sino que iba reduciéndose a medida que se amortizaba el préstamo; (iv) opuso que también se había valorado erróneamente la prueba en cuanto a la incidencia de las enfermedades preexistentes, que deberían haber determinado la nulidad contractual y, por tanto, que nada se la pudiera reclamar; y (v) finalmente consideró que no existían motivos para condenar al pago de intereses de demora porque a la falta de legitimación activa se sumaba la reclamación de una cantidad superior a la procedente y la omisión del deber de colaboración en la celebración y cumplimiento del contrato.

La demandante se opuso al recurso alegando: (i) que no podía reprochársele no haber aportado el documento original, pues había requerido a la aseguradora para que procediera a su aportación y porque además, aunque no aportó el condicionado de la póliza, sí que lo había hecho la demandada (docs. 1 y 2 de la contestación), quien aportó uno genérico para este tipo de pólizas que la apelada daba por válido porque al tratarse de un contrato de adhesión los modelos debían ser idénticos para todos los contratos del mismo tipo; (ii) que se encontraba plenamente legitimada para solicitar el cumplimiento del contrato porque con ello podría cancelarse el préstamo, quedar liberada del pago de sus cuotas y, además, percibir el exceso (diferencia entre el capital asegurado y el del préstamo pendiente de amortizar); (iii) que no era cierto que la suma asegurada disminuyera conforme se iba amortizando el préstamo; (iv) que el seguro era válido, pues la causa de la invalidez se manifestó después de suscribirse la póliza y no antes, y que en todo caso debían recaer en la



aseguradora las consecuencias de la omisión del cuestionario; y (v) que procedía imponer los intereses del art. 20 LCS, ya que era la aseguradora la que no había colaborado, motivando que se tuvieran que promover diligencias preliminares tan solo para que se aportara el certificado de seguro cuya validez cuestionaba la propia aseguradora.

6.- La sentencia de segunda instancia, estimando en parte el recurso de apelación de la demandada, revocó la sentencia apelada en el sentido de, manteniendo la estimación parcial de la demanda, reducir sin embargo el importe de la condena a 1.836,57 euros en concepto de cuotas del préstamo abonadas después del siniestro, más los intereses ordinarios desde la reclamación extrajudicial. Todo ello sin condena en costas en ninguna de las instancias.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) el certificado individual aportado con la demanda era válido y no podía ser cuestionado, pues en la comparecencia de las diligencias preliminares la propia aseguradora había admitido que fue el único documento firmado, tratándose de un documento que en unión al clausulado general aportado por la propia Caser (aceptado de contrario), permitía conocer "la completitud del contrato", del que sin embargo no formaba parte el cuestionario de salud, cuya existencia no había probado la aseguradora; (ii) por el tipo de seguro suscrito (anual renovable), resultaban aplicables las condiciones básicas contenidas en el condicionado aportado por Caser y aceptado por la demandante, según las cuales "el capital asegurado en cada momento se corresponde con el Capital Inicial Prestado, minorado en los importes amortizados que hayan sido comunicados al Asegurador por el Asegurado o por el Tomador", por lo que la suma asegurada no podría exceder nunca del importe del capital pendiente de amortizar al tiempo de declararse el siniestro, que fue precisamente lo que reclamó la demandante en septiembre de 2008, si bien también reclamó el exceso aunque esta pretensión no era posible en la modalidad de seguro pactada; (iii) para obtener el dato de las sumas abonadas por la prestataria después de la declaración de invalidez debía estarse al extracto aportado con la demanda como bloque documental n.º 10, en cuyo folio 64 aparecía que la demandante abonó las cuotas del préstamo desde enero a agosto de 2007 por un importe total de 1.836,57 euros, que es la cantidad para la que se le reconoce legitimación; (iv) recaen en la aseguradora las consecuencias de la omisión del cuestionario o de la declaración de salud, por ser ella a quien incumbía probar los datos sobre la salud de la asegurada al contratar, además de que el padecimiento de una enfermedad antes de suscribir la póliza no deviene necesariamente en que fuera la causa de la incapacidad permanente absoluta de quien la padece, pues en este caso el que la asegurada viniera siendo tratada de trastorno obsesivo compulsivo desde al menos el año 1993 "no implica que a principios del año 2000, cuando se suscribe la póliza, pudiera suponerse que devendría una declaración inmediata de incapacidad"; (v) lo anterior también descartaba que el contrato fuera nulo con arreglo al art. 4 LCS, tanto porque cuando se firmó la póliza aún no había ocurrido el siniestro, dado que este se ha de identificar con la declaración administrativa de invalidez absoluta, como porque tampoco había desaparecido el riesgo, dado que la asegurada estaba viva y podían sobrevenir tanto su fallecimiento como su invalidez absoluta; (vi) a la asegurada le bastaba con aportar la resolución administrativa declarando su invalidez para quedar desde ese momento relevada de su obligación de pagar las cuotas; y (vii) no proceden los intereses del art. 20 LCS por concurrir causa justificada, dado que solo se reconoce a la asegurada legitimación para repetir la porción del préstamo cuyo pago se ha acreditado con posterioridad a la declaración del invalidez, debiéndose imponer únicamente los intereses ordinarios desde la reclamación extrajudicial (15 de septiembre de 2008).

7.- Por auto de 20 de marzo de 2015 se acordó no haber lugar a las peticiones de aclaración, subsanación, rectificación o complemento de la sentencia formuladas por la demandante, dado que, más allá de su confuso planteamiento, lo que se argumentaba era que la Audiencia había concedido menos de lo que la aseguradora había admitido deber, incurriendo así en incongruencia, argumento que el tribunal sentenciador rechazaba afirmando que ni de la contestación ni del recurso de apelación podía advertirse un reconocimiento de suma debida en concepto alguno, sino que a meros efectos argumentativos y dialécticos la demandada-apelante había manifestado que, de ser condenada, no podía serlo por la cantidad reclamada en la demanda sino, como máximo, por la suma pendiente de amortizar cuando se produjo el siniestro.

8.- La demandante interpuso contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación por interés casacional fundado en infracción de la doctrina jurisprudencial de esta sala y en la existencia de jurisprudencia contradictoria de Audiencias Provinciales sobre el alcance de la legitimación activa del asegurado en los seguros vinculados a un préstamo en los que conste como primer beneficiario la entidad prestamista, en concreto sobre su derecho a reclamar para sí la indemnización. Para justificar dicho interés citaba las sentencias de esta sala 1138/1994, de 17 de diciembre, 1110/2001, de 30 de noviembre (por error también la menciona como de 17 de noviembre), y 119/2004, de 19 de febrero, así como, entre otras, las sentencias de la Audiencia Provincial de Sevilla, sección 6.ª, de 7 de abril y 28 de octubre de 2011, en sentido opuesto al de la sentencia recurrida y favorables a la tesis de la recurrente, y las de la Audiencia



Provincial de Madrid, sección 14.ª, de 20 de diciembre de 2012 y 12 de marzo de 2014, en el mismo sentido de la sentencia recurrida.

9.- En su oposición a los recursos, además de razones de fondo la parte recurrida ha alegado diversas causas de inadmisibilidad que deben examinarse con carácter preliminar, comenzando, como indica la recurrida, por las que afectan al recurso de casación por interés casacional, pues conforme a la regla 5.ª del apdo. 1. DF. 16.ª LEC, la inadmisión del recurso de casación determinaría la del recurso extraordinario por infracción procesal (en este sentido se pronunció en un caso semejante la sentencia 222/2017, de 5 de abril, a la que luego se hará referencia).

10.- En el propio escrito de oposición y mediante otrosí la parte recurrida también ha interesado la admisión de prueba documental (bloques documentales 1 y 2) relacionada con las alegaciones complementarias realizadas en dicho escrito. Lo aportado como bloque documental 1 consiste en una copia de las actuaciones (escritos y resoluciones) llevadas a cabo en ejecución provisional de la sentencia de primera instancia (autos de ejecución provisional n.º 1662/2012 del Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de San Bartolomé de Tirajana) según las cuales, de las cantidades en su día entregadas a la demandante a resultas de la ejecución provisional del fallo de primera instancia (36.573,85 euros de principal más 34.417,45 euros de intereses de demora, 70.991,30 euros en total), tras la sentencia de apelación parcialmente revocatoria de la anterior y el requerimiento efectuado por la ejecutada la demandante ejecutante devolvió únicamente la cantidad correspondiente a los intereses, reteniendo en su poder el principal de la condena de primera instancia (36.573,85 euros).

La parte recurrente se ha opuesto a su admisión considerando que no concurren los requisitos que exige el art. 271 LEC.

SEGUNDO.- Como causas de inadmisión del recurso de casación la parte recurrida opone, en resumen, la inexistencia de interés casacional.

En primer lugar rechaza que la sentencia recurrida se oponga a la doctrina jurisprudencial de esta sala contenida en las sentencias citadas porque aquella no niega la legitimación activa de la demandante para exigir el cumplimiento del contrato pese a no ser beneficiaria, sino que concreta lo que podía reclamar para sí (las cuotas del préstamo que fueron abonadas por ella tras la producción del siniestro); porque ese interés casacional ha desaparecido de forma sobrevenida una vez que la misma controversia ha sido resuelta por la reciente sentencia 222/2017, de 5 de abril, que reconociendo igualmente legitimación activa a la asegurada para reclamar el cumplimiento del contrato condenó a la aseguradora a abonar a aquella el importe pendiente de amortizar, pero precisando que dicha cantidad no podía reclamarse para sí sino entregarse a la beneficiaria, salvo aquella parte del préstamo que hubiera pagado la propia demandante desde que ocurrió el siniestro; y en fin, porque la hoy recurrente tuvo oportunidad de formular alegaciones complementarias o de aclarar sus peticiones en la audiencia previa en un sentido conforme con dicha doctrina y sin embargo no lo hizo, reclamando en todo momento para sí la indemnización consistente en el capital inicialmente asegurado.

En segundo lugar, niega también la existencia de interés casacional por jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales, tanto porque la recurrente no concreta en qué consistiría dicha contradicción como porque, a su juicio, de todas las sentencias citadas solo las dos de la AP Sevilla, sección 6.ª, extienden la legitimación activa de la asegurada a reclamar para sí la totalidad de la suma cubierta por un seguro de vida vinculado a un préstamo.

Conforme a la jurisprudencia de esta sala, no procede apreciar dichas causas de inadmisión.

Según criterio del auto del pleno de esta sala de 6 de noviembre de 2013, reiterado en sentencias posteriores (entre las más recientes, sentencias 727/2016, de 19 de diciembre, 667/2016, de 14 de noviembre, y 222/2017, de 5 de abril), puede ser suficiente para superar el test de admisibilidad y permitir el examen de fondo de la cuestión la correcta identificación del problema jurídico planteado y una exposición adecuada que ponga de manifiesto la consistencia de las razones del recurso.

En este caso, el interés casacional del recurso es notorio (sentencias 733/2015, de 21 de diciembre, 157/2016, de 16 de marzo, y 720/2016, de 1 de diciembre) porque la cuestión jurídica que se plantea en casación es si la legitimación activa de la asegurada demandante para exigir la validez del seguro y su cumplimiento la facultaba para reclamar la suma asegurada (con la precisión de que esta no fuese la inicial, como pretende la recurrente, sino la cantidad pendiente de amortización al producirse el siniestro) o debía limitarse a las cantidades (cuotas del préstamo al que estaba vinculado el seguro) que satisfizo una vez producido el siniestro, como en definitiva entendió la sentencia recurrida, y al respecto basta la lectura de la reciente sentencia 222/2017, de 5 de abril, para concluir que cuando se dictó la sentencia recurrida, si bien existía ya una doctrina consolidada favorable a admitir en este tipo de seguros vinculados la legitimación activa del prestatario asegurado (tomador o no)



para reclamar el cumplimiento del contrato frente a su aseguradora en caso de inactividad de esta, todavía se suscitaban dudas en torno a si reclamación de la indemnización para sí podía representar un obstáculo a la hora de estimar la demanda. De ahí que la sentencia 222/2017 considerase oportuno matizar que no puede negarse legitimación activa al asegurado por haber solicitado el cobro para sí y no para la primera beneficiaria si no hay ninguna base razonable para entender que fuera esa verdaderamente su intención y que con ello pretendiera soslayar los derechos de la entidad prestamista.

Lo que se plantea ahora es si tampoco en este caso la insistencia de la demandante-recurrente en reclamar la indemnización para sí debe suponer un obstáculo a la hora de condenar a la aseguradora al pago a la beneficiaria de dicho importe pendiente de amortizar cuando sobrevino el siniestro, a salvo de las cuotas que se ha probado que fueron abonadas desde entonces por la asegurada, en cuyo caso el pago se hará a esta.

Recurso extraordinario por infracción procesal

TERCERO.- El recurso se articula en cuatro motivos.

El motivo primero, formulado al amparo del ordinal 2.º del art. 469.1 LEC, se funda en infracción de los arts. 216 y 218.1.º LEC y 24 de la Constitución, por incongruencia de la sentencia recurrida al haber concedido menos de lo admitido por la demandada, apartarse de la causa de pedir y fallar conforme a otra distinta.

En su desarrollo se argumenta, en síntesis, que tanto al contestar a la demanda como al recurrir en apelación la aseguradora admitió que, de ser condenada, habría de serlo por la cantidad de 27.528,73 euros, correspondientes al capital del préstamo pendiente de amortizar cuando se produjo el siniestro, cantidad ciertamente inferior a los 36.573,82 euros que la demandante-recurrente viene reclamando desde un principio pero también superior a los 1.836,57 euros acordados por el tribunal sentenciador. Por ello considera la recurrente que la sentencia impugnada fue incongruente al conceder menos de lo aceptado por la entidad demandada, añadiendo que intentó subsanar este defecto mediante una petición de "aclaración de la contradicción, o en su caso, de su corrección, subsanación o complemento o rectificación de la sentencia, de conformidad con lo establecido en el art. 267.5 de la LOPJ, en relación con los artículos 214 y 215 de la LEC", que fue desestimada.

El motivo segundo, formulado también al amparo del ordinal 2.º del art. 469.1 LEC, se funda igualmente en infracción de los arts. 216 y 218.1.º LEC.

En su desarrollo se argumenta, en síntesis, que una vez que la sentencia recurrida declaró válido el seguro (como se había pedido) y su vinculación con el préstamo, debió condenar a la asegurada a su amortización (entregando el saldo pendiente de amortización a la entidad beneficiaria) y condenarla también a pagar el remanente o exceso a la asegurada, pero lo que no debió hacer, porque no se había pedido y no formaba parte del objeto del litigio, era condenar al pago de las cuotas del préstamo satisfechas por la asegurada, ya que su importe debería haberse fijado en ejecución de sentencia al haberse seguido abonando el préstamo después del periodo a que se contrajo la condena. También alude a que se intentó subsanar este defecto mediante la petición desestimada a que antes se hizo referencia.

El motivo tercero se formula al amparo del ordinal 4.º del art. 469.1 LEC y se funda en infracción de los art. 24 de la Constitución, por error patente en la valoración probatoria "con relación a la interpretación del contrato de seguro, su modalidad e indemnización o suma fijada en la sentencia".

En su desarrollo se argumenta, en síntesis, que el único documento acreditativo del seguro fue el certificado individual aportado con la demanda; que, aunque en el mismo se aludiera a las condiciones generales de la póliza colectiva, estas no fueron proporcionadas ni, por tanto, firmadas; que aunque la aseguradora intentó acreditar el contenido de este condicionado aportando unos modelos de certificado de adhesión sin cumplimentar y otro cumplimentado, pero referente a otro asegurado, tales documentos carecen de valor probatorio porque fueron impugnados, no siendo cierto lo que declara la sentencia recurrida de que fueran aceptados; y en fin, que la sentencia recurrida confunde duración con modalidad contractual, pues el seguro era de duración anual renovable pero no tenía esa naturaleza.

El motivo cuarto se formula asimismo al amparo del ordinal 4.º del art. 469.1 LEC y se funda en infracción de los arts. 24 de la Constitución y 216, 217 y 218 LEC en relación con su art. 326.1, por error patente en la valoración probatoria en cuanto a los documentos 1 a 4 aportados con el escrito de contestación con respecto al documento 2 de la demanda.

En su desarrollo se argumenta, en síntesis, que el tribunal sentenciador confunde duración y modalidad del seguro, que era de duración anual pero no tenía esa naturaleza, que además no se podía fundar en documentos aportados a efectos ilustrativos por la demandada y que no es cierto que fuesen aceptados por la demandante, que precisamente por incurrir en ese error a la hora de incluir el seguro en una concreta modalidad



contractual el tribunal sentenciador aplica al seguro litigioso un condicionado general (10091-Vida- Temporal- Anual Renovable) que no era de aplicación al mismo; y en definitiva, que el único documento acreditativo del contenido contractual es el certificado individual que se acompañó con la demanda.

La parte demandada-recurrida se ha opuesto al recurso aduciendo, simultáneamente y sin la debida separación, causas de inadmisión de los motivos y razones de fondo. Alega, en síntesis: (i) en cuanto al motivo primero, carencia manifiesta de fundamento, ya que desde un principio y durante todo el proceso la aseguradora ha interesado la desestimación de la demanda y no ha aceptado que se abone a la demandante cantidad alguna debido a que la beneficiaria era la entidad prestamista y a que la demanda se formuló defectuosamente al contravenir los términos del contrato; (ii) en cuanto al motivo segundo, también manifiesta carencia de fundamento por no citarse en su enunciado el art. 24 de la Constitución y no justificarse la indefensión, porque en ningún caso podía deducirse de lo pedido en la demanda que fuera intención de la demandante reclamar la indemnización para cancelar el préstamo mediante la entrega a la prestamista de la cantidad pendiente de amortización (ya que mientras que esta fue su petición en vía extrajudicial, en cambio en la demanda reclamó para sí la cantidad de 36.573,85 euros, a sabiendas además de que esa cantidad no le correspondía según lo pactado en el seguro) y porque a la luz de la documentación aportada por la demandante (la demanda se presentó en febrero de 2011, pero en lugar de aportar un extracto bancario hasta esa fecha aportó un extracto de los movimientos hasta abril de 2009) tampoco podía tenerse por cierto que hubiera seguido haciéndose cargo del préstamo más allá del periodo que toma en consideración la sentencia recurrida para condenar al reintegro de las cuotas; (iii) en cuanto al motivo tercero, porque con la denuncia de error en la valoración probatoria y bajo la apariencia de plantear que se lleve a cabo una nueva valoración lo que en realidad se pretende es modificar el juicio jurídico, porque la modalidad contratada era de amortización de préstamo temporal anual renovable, lo que el tribunal sentenciador dedujo del propio doc. 2 y del doc. 11 de la demanda (recibo domiciliado) en el que se lee el concepto "Seguro de vida de amortización préstamo" y, en fin, porque además la recurrente no puede ir contra sus propios actos ya que en la reclamación extrajudicial interesó que la póliza se hiciera efectiva en favor de la beneficiaria Caja de Canarias y sobre todas las deudas que tuviera con esta entidad desde dicha fecha, sosteniendo también esa naturaleza del seguro en su oposición al recurso de apelación; y (iv) en cuanto al motivo cuarto, porque insistiendo en lo alegado en el motivo anterior, la recurrente viene a negar validez a un seguro de amortización de préstamo temporal anual renovable cuya naturaleza y existencia resultaba de la propia documentación aportada con la demanda y cuya naturaleza vino aceptando, no siendo cierto que la sentencia recurrida se apoyara en los documentos aportados por la demandada para fundar su decisión.

CUARTO.- Los cuatro motivos del recurso deben ser desestimados por las siguientes razones:

1.ª) El motivo primero, porque su planteamiento incurre en carencia manifiesta de fundamento (art. 473.2. 2.º LEC), que en sentencia debe apreciarse como causa de desestimación (sentencias 653/2017, de 29 de noviembre, y 273/2018, de 10 de mayo, entre otras muchas) toda vez que la recurrente parte de que la sentencia recurrida concede menos de lo que la aseguradora aceptó cuando lo cierto es que en modo alguno esta entidad consideró debida la cantidad de 27.528,73 euros, correspondientes a la deuda del préstamo pendiente de amortizar cuando se produjo el siniestro, sino que, como indicó el propio tribunal sentenciador en su auto de 20 de marzo de 2015, más allá de que "a efectos argumentativos y dialécticos" la aseguradora demandada-apelante razonara que, en caso de ser condenada, la cantidad objeto de condena no podría ser la solicitada en la demanda (los 36.573,82 euros que la hoy recurrente sigue reclamando por figurar en el certificado individual) sino, como máximo, aquella de 27.528,73 euros, lo determinante a efectos de congruencia es que la demandada mantuvo en todo momento su petición desestimatoria de la demanda, sin incluirse entre sus postulados, ni tan siquiera subsidiariamente, "un reconocimiento de suma debida por concepto alguno".

2.ª) El motivo segundo, también por carencia de fundamento, porque como ha recordado la sentencia 323/2018, de 30 de mayo, no puede tacharse de incongruente una sentencia que concede menos de lo pedido, pero no cosa distinta.

Esta sala (sentencia 669/2014, de 2 de diciembre) ya ha rechazado en alguna ocasión que sea incongruente (por pretendida alteración de la causa de pedir) un fallo que condene a la aseguradora a pagar a la prestamista el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado, y solo el remanente a los demandantes (hijos del asegurado), aunque estos hubieran pedido la condena de la aseguradora a pagarles a ellos la suma asegurada, razonando entonces que la petición de los demandantes era una indemnización destinada a cancelar el préstamo vinculado y que ello suponía, primero, entregar al prestamista la cantidad necesaria para satisfacer lo debido y, segundo, solo el remanente al asegurado. Esa misma sentencia recordó lo que debía entenderse por deber de congruencia y por incongruencia *extra petitum* en los siguientes términos:

"Con carácter general, venimos considerando que "el deber de congruencia se resume en la necesaria correlación que ha de existir entre las pretensiones de las partes, teniendo en cuenta el *peticum* [petición] y la



causa petendi [causa de pedir] y el fallo de la sentencia" (Sentencias 173/2013, de 6 de marzo). En particular, en relación con la modalidad de incongruencia *extra petitum*, haber resuelto algo que no formaba parte del objeto del proceso, el Tribunal Constitucional puntualiza que "el juzgador está vinculado por la esencia y sustancia de lo pedido y discutido en el pleito, no por la literalidad de las concretas pretensiones ejercitadas, tal y como hayan sido formalmente formuladas por los litigantes" (STC 182/2000, de 10 de julio). De tal forma que "no se incurre en incongruencia cuando se da acogida a lo que sustancialmente está comprendido en el objeto del pleito o implícitamente en las pretensiones deducidas en la demanda" (Sentencia 1015/2006, de 13 de octubre)".

En el presente caso tampoco incurre en incongruencia la sentencia recurrida al conceder menos de lo pedido, pues no acuerda cosa distinta de lo pedido. Como quiera que se interesó la validez del seguro y su cumplimiento, es decir, su efectividad, y que, como más adelante se razonará, para todo ello se encontraba legitimada la asegurada ante la inactividad de la prestamista beneficiaria, el hecho de que en lugar de condenarse a la aseguradora demandada a pagar a la prestamista la suma asegurada (identificada con la cantidad pendiente de amortización del préstamo vinculado en el momento del siniestro), descontando las cuotas satisfechas por la asegurada después de esa fecha (que según lo acreditado fueron solo las del periodo comprendido entre enero y agosto de 2007), la sentencia recurrida se limite a condenar a restituir estas últimas no supone una incongruencia *extra petitum* en los términos definidos por la jurisprudencia, pues entraba dentro de lo pedido y de las consecuencias inherentes a un seguro de amortización válido, cuyo cumplimiento se había interesado, que se restituyeran a la prestataria-asegurada las cuotas del préstamo vinculado que tuvo que asumir y que no debería haber satisfecho a partir del momento en que nació su derecho con el acaecimiento del siniestro. En este sentido, la citada sentencia de esta sala 222/2017 condenó a la entidad aseguradora a pagar a la prestamista beneficiaria el importe de la deuda pendiente de amortizar cuando sobrevino el siniestro "salvo lo ya pagado de esa cantidad por la propia demandante, en cuyo caso el pago se hará a esta".

En definitiva, la circunstancia de que, por las razones que se dirán, al resolver el recurso de apelación la sentencia recurrida debiera haber condenado a pagar a la beneficiaria la suma asegurada consistente en la cantidad pendiente de amortizar al producirse el siniestro, descontando lo ya pagado por la asegurada demandante, no supone que pueda tacharse de incongruente por haberse limitado a reconocer el derecho de la asegurada al reembolso de las cuotas del préstamo satisfechas por ella misma.

3.ª) El motivo tercero se desestima porque, con absoluta falta de claridad y precisión, ya desde su encabezamiento se advierte el improcedente planteamiento de cuestiones sustantivas en un recurso extraordinario por infracción procesal, atinentes a la interpretación contractual, solo susceptibles de revisión mediante el recurso de casación y que no cabe confundir con los problemas de valoración probatoria de documentos (por ejemplo, sentencias 27/2011, de 15 de febrero, y 417/2011, de 21 de junio). En todo caso, el motivo no pretende otra cosa que alterar el juicio jurídico sobre la modalidad de seguro entre las partes según las propias conclusiones probatorias de la recurrente, contrarias a las alcanzadas por el tribunal sentenciador tras una valoración conjunta de la prueba, y sin ni tan siquiera indicarse el concreto medio de prueba erróneamente valorado, yendo su planteamiento incluso en contra de los propios actos. En este sentido, es determinante que la recurrente diga que el único documento válido para determinar el contenido contractual es la copia del certificado individual aportado con la demanda, cuando la sentencia recurrida declara probado que la completitud de la póliza pudo conocerse gracias al condicionado general aportado con la contestación "dado por válido por la apelada" (en este sentido, véase lo alegado en la pág. 2 de su escrito de oposición al recurso de apelación), cuando los propios documentos aportados con la demanda son suficientemente indicativos del tipo de seguro contratado (de amortización) y cuando, además, la propia conducta de la asegurada previa a la interposición de la demanda (reclamación extrajudicial de septiembre de 2008) abona también la conclusión de que en todo momento tuvo conocimiento de que se trataba de un seguro de vida e incapacidad vinculado a su préstamo personal y cuya beneficiaria era la entidad prestamista por la concreta cantidad pendiente de amortizar en el momento del siniestro.

4.ª) Y el motivo cuarto se desestime por su absoluta falta de claridad y precisión al mezclar infracciones procesales heterogéneas, relativas unas a la valoración probatoria y otras al deber de congruencia, estas últimas no susceptibles de denuncia al amparo del ordinal 4.º del art. 469.1 LEC, y, además, por las mismas razones expuestas en el razonamiento anterior, ya que también en este último motivo se defiende (en contra del tenor de la propia documentación aportada con la demanda, de la aportada de contrario aceptada por la demandante y de la propia conducta de esta) que el seguro no era de amortización.

Recurso de casación

QUINTO.- El recurso de casación se articula en dos motivos, enunciados en el escrito de interposición como apartados "Quinto" y "Sexto" y fundados ambos en infracción de los arts. 1, 3, 80, 83 y 88 LCS, alegándose la existencia de interés casacional tanto en la modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala



como en la de jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales sobre la cuestión de hasta dónde alcanza la legitimación activa del asegurado en este tipo de seguros vinculados a un préstamo.

En su desarrollo se argumenta, en síntesis, con respecto al motivo primero, que la sentencia recurrida se opone a la doctrina de esta sala contenida en las sentencias 1138/1994, de 17 de diciembre, 1110/2001, de 30 de noviembre (por error también la menciona como de 17 de noviembre) y 119/2004, de 19 de febrero, que admite la legitimación activa del asegurado en los seguros de vida e invalidez vinculados a un préstamo ante la inactividad de la prestamista beneficiaria tras producirse el siniestro, facultándole, como titular de un interés directo en el cumplimiento del contrato, a exigir de la aseguradora su cumplimiento y a ejercer los derechos derivados del mismo sin perjuicio de sus obligaciones frente a la beneficiaria, razones que justificarían que en este caso se confirme la sentencia de primera instancia que condenó a la aseguradora demandada a pagar a la demandante-recurrente la totalidad de la suma asegurada fijada en el certificado individual de seguro aportado con la demanda "sin perjuicio de que la misma abone la diferencia pendiente de pago con la entidad beneficiaria, si bien, dado la dilación de tiempo, prácticamente amortizado dicho préstamo que se vinculaba a dicho seguro".

Respecto del segundo motivo, en este tan solo se aduce la existencia de jurisprudencia contradictoria sobre la posibilidad de que el asegurado reclame para sí la indemnización, citándose para justificar dicho interés, entre otras, las sentencias de la Audiencia Provincial de Sevilla, sección 6.ª, de 7 de abril y 28 de octubre de 2011, en sentido opuesto al de la recurrida, y las de la Audiencia Provincial de Madrid, sección 14.ª, de 20 de diciembre de 2012 y 12 de marzo de 2014, en el mismo sentido que la sentencia recurrida.

SEXTO.- El recurso debe ser estimado por las siguientes razones :

1.ª) Como se afirma en el recurso, cuando se dictó la sentencia recurrida (21 de enero de 2015) existía ya una consolidada doctrina jurisprudencial, contenida en las sentencias que se citan además de en alguna otra como la 669/2014, de 2 de diciembre, todas ellas sintetizadas en la más reciente sentencia 222/2017, de 5 de abril, según la cual en casos como este de seguros de vida e incapacidad vinculados a un préstamo, en los que el primer beneficiario designado en la póliza es la propia entidad prestamista (además aquí tomadora), procede reconocer legitimación activa al prestatario asegurado (tomador o no) para reclamar de la aseguradora el cumplimiento o efectividad del contrato, sin perjuicio de sus obligaciones para con el beneficiario.

Resumidamente explicada, la razón de ser de esta doctrina se encuentra en que los seguros de vida e incapacidad concertados en garantía del crédito son negocios vinculados, con "vidas paralelas" (pues en la práctica su concesión se condiciona a que se suscriban tales garantías y no pocas veces, además, a que el prestatario concierte esos seguros con una compañía con la que la entidad prestamista esté negocial o societariamente vinculada), que responden a un interés compartido entre asegurador, tomador y asegurado, razones por las que esta sala ha considerado que no es "jurídicamente explicable" que, producido el siniestro (muerte o invalidez), la prestamista beneficiaria no reclame a la aseguradora y decida seguir exigiendo el pago del capital pendiente al prestatario o prestatarios asegurados. De ahí que, reconociendo que tanto el asegurado como el beneficiario tienen una legitimación alternativa y que el primero es también beneficiario "desde un punto de vista sustancial o material, y no puramente formal", se haya declarado que la inactividad del beneficiario permite al asegurado instar del asegurador "el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, entre ellas y como principal, el pago de la suma asegurada, sin perjuicio de respetar los derechos de la entidad prestamista beneficiaria" (sentencia 222/2017).

2.ª) Por lo que respecta a la concreta cuestión jurídica del alcance de esa legitimación, y a si esta permite reclamar para sí el importe de la suma asegurada, lo que la sentencia 222/2017 ha matizado es que dicha legitimación activa del asegurado no le permite soslayar los derechos de la entidad prestamista beneficiaria intentando el cobro para sí del capital asegurado. Precisamente porque en el caso de esa sentencia la aseguradora entonces recurrente aclaró en momento procesal oportuno (audiencia previa) que no reclamaba el pago para sí, fue por lo que entonces se consideró que las sentencias de ambas instancias le habían causado indefensión. En consecuencia, no existen motivos para casar la sentencia recurrida por no conceder a la demandante, para sí misma, la suma asegurada.

3.ª) Sin embargo, puesto que, como en el caso de la sentencia 222/2017, también en este consta que la acción principalmente ejercitada por la aseguradora demandante ante la inactividad de la prestamista beneficiaria tras producirse el siniestro fue, junto con la declarativa de validez del seguro, la de cumplimiento contractual (pues en la fundamentación jurídica de la demanda se invocaron, entre otros, los arts. 1089, 1091 y 1124 CC, relativos a la fuerza vinculante del contrato y a la responsabilidad contractual por incumplimiento, y el art. 19 LCS sobre la obligación del asegurador de pagar la prestación cuando sobreviene el siniestro), y dado que el propio tribunal sentenciador valoró la conducta de la aseguradora durante su reclamación extrajudicial a la aseguradora para reprocharle que no reprodujera en la demanda esas mismas pretensiones, esta sala considera que,



a pesar de las dudas que pudieran derivarse de la literalidad de la demanda, la solución de condenar a la aseguradora a satisfacer a la prestamista beneficiaria la suma asegurada (coincidente con el importe de la deuda pendiente de amortizar en la fecha en que sobrevino el siniestro y no con la suma inicialmente fijada en el certificado individual, dada la naturaleza de seguro de amortización que tenía el aquí contratado), descontando lo ya pagado de esa cantidad por la propia demandante, habría sido plenamente congruente con las pretensiones de la demandante, ya que el deber de congruencia permite al órgano jurisdiccional ajustar razonable y sustancialmente su fallo a las peticiones, de los litigantes, siempre con el límite del respeto a la causa de pedir (por ejemplo, sentencias 572/2017, de 23 de octubre, y 228/2015, de 7 de mayo), especialmente cuando, en casos como el presente, carece de sentido frustrar la finalidad del seguro permitiendo un más que probable enriquecimiento injusto, incluso manifiestamente fraudulento, de la entidad de crédito prestamista y de la aseguradora a costa del asegurado.

4.ª) Como consecuencia de lo anterior, procede estimar el recurso de casación y revocar en parte la sentencia de segunda instancia para condenar a la entidad aseguradora demandada a pagar a la beneficiaria Caja Insular de Ahorros de Canarias (Caja de Canarias) la cantidad de 27.528,73 euros, coincidente con la deuda pendiente de amortizar en la fecha del siniestro, 13 de diciembre de 2006, salvo lo ya pagado de esa cantidad por la propia demandante, en cuyo caso el pago se hará a esta, y confirmar la sentencia recurrida en todo lo demás, incluyendo el pronunciamiento sobre costas de la primera instancia, ajustado al art. 394.1 LEC, y sin que procedan los intereses del art. 20 LCS a la vista de los equívocos e imprecisiones de la demanda en relación con la previa reclamación extrajudicial de la demandante.

5.ª) Conforme al art. 271 LEC tan solo deben tener reflejo en la sentencia, y evaluarse el alcance de su admisión, los documentos aportados que sean condicionantes o decisivos para resolver el recurso, lo que no es el caso, por lo que se tienen simplemente por aportados (auto de 29 de marzo de 2017, rec. 1044/2014, y sentencia 657/2017, de 1 de diciembre).

SÉPTIMO.- Conforme a lo dispuesto en el art. 398.1 LEC en relación con su art. 394, al desestimarse el recurso extraordinario por infracción procesal procede imponer a la recurrente las costas del mismo, y conforme al art. 398.2 LEC, al estimarse el recurso de casación, no procede imponer a ninguna de las partes las costas causadas por este.

En cuanto a las costas de la segunda instancia, de conformidad con el referido art. 398.2 LEC tampoco ha lugar a su imposición a una de las partes, dado que el recurso ha sido parcialmente estimado.

Conforme al apdo. 8 de la d. adicional 15.ª LOPJ, procede devolver a la recurrente el depósito constituido para recurrir en casación, y conforme al apdo. 9, condenar a la recurrente a la pérdida del depósito constituido para recurrir en infracción procesal.

FALLO

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

1.º- Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por la demandante D.ª Estefanía contra la sentencia dictada el 21 de enero de 2015 por la sección 5.ª de la Audiencia Provincial de Las Palmas en el recurso de apelación n.º 31/2013.

2.º.- Estimar el recurso de casación interpuesto por la misma demandante contra la referida sentencia para, en su lugar, revocar en parte la sentencia de segunda instancia en el sentido de condenar a la entidad aseguradora demandada a pagar a la beneficiaria Caja Insular de Ahorros de Canarias (Caja de Canarias) la cantidad de 27.528,73 euros, coincidente con la deuda pendiente de amortizar en la fecha del siniestro, 13 de diciembre de 2006, salvo lo ya pagado o se pague de esa cantidad por la propia demandante, en cuyo caso el pago se hará a esta, y confirmar la sentencia recurrida en todo lo demás, incluyendo su pronunciamiento sobre las costas de la primera instancia.

3.º- Imponer a la parte recurrente las costas del recurso extraordinario por infracción procesal.

4.º- No imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación ni las de la segunda instancia.

5.º- Devolver a la parte recurrente el depósito constituido para recurrir en casación y ordenar la pérdida del depósito constituido para recurrir por infracción procesal.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.