

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065187

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 636/2020, de 25 de noviembre de 2020

Sala de lo Civil

Rec. n.º 2740/2018

SUMARIO:**Seguro de accidentes. Determinación de la condición de beneficiario. Señalamiento del cónyuge como beneficiario en las condiciones particulares. Pareja de hecho inscrita.**

La **cuestión debatida** concierne a la interpretación del contenido y alcance de la cláusula de las condiciones particulares de la póliza en la que se atribuye la condición de beneficiario del seguro, en primer término, al cónyuge, y si puede reputarse como tal, por asimilación, a la pareja de hecho inscrita en el Registro; o dicho de otra forma, si era esa la intención del fallecido al adherirse al contrato de seguro suscrito. A la entrega de la tarjeta de asegurado, dice la póliza, se entregará a cada montañero información de las garantías y límites de coberturas aseguradas, así como relación de centros y especialistas concertados para cada territorio. Con ello se quiere destacar que el asegurado tenía que conocer el orden de beneficiarios del seguro al que voluntariamente se adhirió; por lo tanto, la intención contractual a valorar no es exclusivamente la de la tomadora del seguro –la Federación de Montañismo–, la cual sólo pretendía cubrir los riesgos de sus deportistas federados, lo que constituía su intención contractual, independientemente de las condiciones personales de todos los componentes del grupo, que, lógicamente, no podía conocer. En este caso, la póliza tiene unas connotaciones específicas, en tanto en cuanto se trata de una póliza de seguro colectivo derivada de la necesidad de contar con un seguro de accidentes los deportistas federados, asumiendo la federación su celebración con la aseguradora demandada.

La **condición de beneficiario** de un seguro no se puede confundir con la de asegurado, que es el sujeto de derecho cuya persona o bienes están expuestos a un riesgo; mientras que el beneficiario es quien tiene derecho a reclamar la prestación del asegurador. Normalmente coinciden en los seguros de daños el tomador, asegurado y beneficiario, mas no es este el caso que nos ocupa, en el que se trata de un seguro de accidentes sobre la vida del asegurado que desafortunadamente falleció, convirtiéndose el riesgo pactado en siniestro indemnizable. El beneficiario es un tercero con respecto al contrato de seguro a cuyo favor, no obstante, se celebra y que, en virtud de una estipulación contractual, que no tiene necesariamente que conocer, está legitimado para percibir la prestación de la compañía aseguradora. Su derecho nace de la designación en la póliza, para lo cual no se precisa su consentimiento y, de esta forma, se le confiere un derecho propio, no de naturaleza sucesoria, que tiene su raíz en el contrato de seguro concertado.

Al adherirse al contrato de seguro, el asegurado aceptó las condiciones de la póliza y, entre ellas, la preferencia del cónyuge como beneficiario de la indemnización objeto de cobertura para el caso de fallecimiento con preferencia sobre los padres. Es cierto que, literalmente, cónyuge es la persona que se encuentra unida a otra en matrimonio, y, en este caso, la actora y el asegurado no lo habían contraído, pero del acto de adhesión a la póliza por el finado, aceptando el orden de preferencia entre los beneficiarios, al no hallarse casado, pero sí unido *more uxorio*, con carácter estable, en armoniosa convivencia, durante años e inscrito en el Registro autonómico, permite deducir su intención de atribuir la condición de beneficiaria a la que fue su pareja, sin que ello quepa considerarlo como expresión de una falta de cariño o afecto a sus progenitores igualmente demandantes, sino favorecer la posición jurídica de la que fue su compañera de vida y con la que compartió su existencia como manifestación del libre desarrollo de su personalidad. Una cosa es adoptar una decisión de no contraer matrimonio y vivir como un matrimonio bajo una relación *more uxorio* con publicidad registral, y otra distinta la de ser beneficiario de un seguro. En definitiva, consideramos que, en la interpretación de la condición particular de la póliza, **habrá de tenerse en cuenta, no la voluntad de la Federación, sino la intención del asegurado adherente**, que estimamos era atribuir a la demandante la condición de beneficiaria preferente de la cobertura del seguro por el riesgo de fallecimiento, la cual además es quien viene percibiendo la pensión de viudedad de su finada pareja.

PRECEPTOS:

Constitución Española, arts. 10 y 32.

Código Civil, arts. 3, 1.255, 1.281 y 1.282 a 1.289.

Ley 50/1980 (LCS), arts. 83 a 87 y 100.

RD 2486/1998 (Rgto. de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados), arts. 104 a 107.

PONENTE:

Don José Luis Seoane Spiegelberg.

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 636/2020

Fecha de sentencia: 25/11/2020

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 2740/2018

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 17/11/2020

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

Procedencia: AUD.PROVINCIAL DE GUIPÚZCOA, SECCIÓN 2.^a

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN núm.: 2740/2018

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

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

SENTENCIA

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D. Eduardo Baena Ruiz

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 25 de noviembre de 2020.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D.^a Marí Juana, representada por la procuradora D.^a Ascensión Peláez Díez, bajo la dirección letrada de D. Francisco Javier Álvarez Barral, contra la sentencia n.º 159/2018, dictada por la Sección 2.^a de la Audiencia Provincial de Guipúzcoa, en el recurso de apelación n.º 2483/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 514/2016, del Juzgado de Primera Instancia n.º 4

de San Sebastián, sobre beneficiarios de seguro de vida. Ha sido parte recurrida D. Guillermo, representado por la procuradora D.^a Paloma Valles Tormo y bajo la dirección letrada de D.^a María Teresa Egaña Ruiz.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero. *Tramitación en primera instancia*

1.- El procurador D. Fernando Mandavia González, en nombre y representación de D.^a Marí Juana, interpuso demanda de juicio ordinario contra Helvetia, S.A., en la que solicitaba se dictara sentencia:

"[...] por la que, estimando íntegramente la demanda, se condene solidariamente a las mismas a abonar a mi representada la cantidad de catorce mil cuatrocientos setenta y un euros (14.471€), más los intereses del artículo 20 de la LCS, así como la imposición de costas procesales a dichos demandados".

2.- La demanda fue presentada el 4 de julio de 2016, y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de San Sebastián, se registró con el n.º 514/2016. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.- La procuradora D.^a María Aránzazu Urchegui Astiazaran, en representación de Helvetia, Cía. Suiza de Seguros y Reaseguros, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

"[...] dicte sentencia por la que:

1º.- Se determine si la actora ostenta legalmente la condición de beneficiaria de la póliza, en cuyo caso se deberá estimar parcialmente la demanda, fijando como cantidad a indemnizar por mi representada Helvetia SA a la actora, el importe de nueve mil doce euros con cincuenta y siete céntimos (9.012,57 €), sin especial pronunciamiento sobre las costas, y con aplicación del interés del art. 576 de la LEC.

2º.- Para el supuesto de que no se reconozca a la actora la condición de beneficiaria de la póliza, se desestime íntegramente la demanda, sin especial pronunciamiento sobre las costas".

4.- Por auto de 20 de febrero de 2017 se dictó auto por el titular del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de San Sebastián por el que disponía:

"Se acuerda la acumulación a los autos 514/2016 de este Juzgado, de los autos juicio ordinario nº 889/16 remitidos por Juzgado de Primera Instancia nº 8 de San Sebastián".

Los mencionados autos n.º 889/16 seguidos en el Juzgado de Primera Instancia n.º 8 de San Sebastián traían causa de la demanda de juicio ordinario formulada por la procuradora D.^a Teresa Zulueta Calvo, en nombre y representación de D. Guillermo y D.^a Concepción, contra Seguros Helvetia (Helvetia Compañía Suiza, Sociedad anónima de Seguros y Reaseguros), en la que suplicaba al juzgado que dictara sentencia:

"[...] por la cual:

Primero.

Declare que los demandantes son los beneficiarios el seguro de vida de autos por mitades e iguales partes.

Segundo.

Condene a la demandada a pagar a mis representados la cantidad de nueve mil doce euros y cincuenta y siete céntimos (9.012,57€) más intereses y costas".

Dicha demanda fue contestada por la procuradora D.^a María Aránzazu Urchegui, en nombre y representación e Helvetia Cía. Suiza de Seguros y Reaseguros, S.A., mediante escrito en el que suplicaba al juzgado:

"[...] se dicte sentencia por la que:

1º.- Se determine si los actores ostentan legalmente la condición de beneficiaria de la póliza, en cuyo caso se deberá estimar parcialmente la demanda, fijando como cantidad a indemnizar por mi representada Helvetia SA a los actores, el importe de nueve mil doce euros con cincuenta y siete céntimos (9.012,57 €), sin especial pronunciamiento sobre las costas, y con aplicación del interés del art. 576 de la LEC.

2º.- Para el supuesto de que no se reconozca a los actores la condición de beneficiarios de la póliza, se desestime íntegramente la demanda, sin especial pronunciamiento sobre las costas".

5.- Tras seguirse los trámites correspondientes, el Juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de San Sebastián dictó sentencia de fecha 1 de septiembre de 2017, con la siguiente parte dispositiva:

"Desestimo la demanda presentada por Dña. Marí Juana contra Helvetia Compañía Suiza de Seguros y Reaseguros SA.

Estimo la demanda efectuada por D. Guillermo y Dña. Concepción contra Helvetia Compañía Suiza de Seguros y Reaseguros SA, declarando que son beneficiarios del seguros de vida objeto de este procedimiento por mitades y a partes iguales, y condenando a Helvetia a pagar a D. Guillermo y Dña. Concepción la cantidad de 9.012,57 euros, a la que se deben adicionar los intereses del Art. 20 LCS a contar desde la fecha del siniestro y hasta el pago.

Respecto a las costas del proceso al haber sido desestimada la demanda presentada por Dña. Marí Juana, corresponde a esta el pago de las costas de dicha demanda, mientras que, en relación a la presentada por D. Guillermo y Dña. Concepción, al haber sido estimada, corresponde a Helvetia el pago de las costas de dicha demanda.

Notifíquese la presente resolución a todas las partes intervinientes".

Segundo. Tramitación en segunda instancia

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por las representaciones respectivas de Helvetia, Cía. Suiza de Seguros y Reaseguros y D.ª Marí Juana.

2.- La resolución de estos recursos correspondió a la sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Guipúzcoa, que lo tramitó con el número de rollo 2483/2017, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 22 de marzo de 2018, cuya parte dispositiva dispone:

"FALLAMOS: Se desestima el recurso de apelación interpuesto por la representación de Helvetia Cia. Suiza de Seguros y Reaseguros contra la Sentencia de fecha 1 de septiembre de 2017 dictada por el Juzgado de Primera Instancia n 4 de esta capital, se confirma dicha resolución en todos sus extremos, imponiendo a la parte apelante las costas ocasionadas por razón de su recurso.

Se desestima el recurso de apelación interpuesto por la representación de Marí Juana contra la Sentencia de fecha 1 de septiembre de 2017 dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 4 de esta capital, se confirma dicha resolución en todos sus extremos, imponiendo a la parte apelante las costas ocasionadas por razón de su recurso".

Tercero. Interposición y tramitación del recurso de casación

1.- La procuradora D.ª Ascensión Peláez Díez, en representación de D.ª Marí Juana, interpuso recurso de casación.

El motivo del recurso de casación fue:

"MOTIVO DEL RECURSO: Se denuncia la infracción por aplicación indebida del artículo 85 de la Ley de Contrato de Seguro en relación con los artículos 3.1 y 1.281 del Código Civil".

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 8 de julio de 2020, cuya parte dispositiva es como sigue:

"1º) Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D.ª Marí Juana, contra la sentencia dictada con fecha 22 de marzo de 2018 por la Audiencia Provincial de Guipúzcoa, Sección Segunda, en el recurso de apelación n.º 2483/2017, dimanante del juicio ordinario n.º 514/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de San Sebastián.

2º) Abrir el plazo de veinte días, a contar desde la notificación de este auto, para que la parte recurrida formalice por escrito su oposición a los recursos. Durante este plazo las actuaciones estarán de manifiesto en la Secretaría.

De conformidad con lo dispuesto en los art. 483.5 de la LEC contra la presente resolución no cabe recurso alguno".

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

4.- Por providencia de 9 de octubre de 2020 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 día 17 de noviembre del presente, fecha en que ha tenido lugar a través del sistema de videoconferencia establecido por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero. Antecedentes relevantes

La decisión del presente recurso exige partir de los siguientes hechos relevantes.

1.- El objeto el proceso

El objeto del presente proceso consiste en la determinación de la condición de beneficiario de un contrato de seguro de accidentes, suscrito con fecha 21 de enero de 2015, entre la entidad Helvetia Compañía Suiza de Seguros y Reaseguros, S.A., por un parte, y, por la otra, como tomadora, la Federación Vasca de Montañismo, siendo aseguradas "[...] cuantas personas federadas, se adhieran al presente contrato y su notificación se haya efectuado al Asegurador dentro del mismo mes que aquélla se haya producido".

Según la cláusula 7 de las condiciones particulares del contrato de seguro suscrito, "[...] en caso de fallecimiento, la cantidad de 14.471 euros, será la máxima a indemnizar, deduciendo de dicha cantidad todos los gastos derivados del accidente, tales como gastos médicos, traslado, rescates etc., siendo en todo caso la indemnización mínima por fallecimiento de 7.335,50 euros" y, en el apartado concerniente a la cobertura de "rescate de accidentados", en España, consta: "En cualquier medio y lugar, incluso con helicóptero, hasta 9.015,18 euros. Gastos de traslado del fallecido: INCLUIDO".

En la cláusula 12 de las precitadas condiciones particulares se establece quienes son beneficiarios, en caso de fallecimiento, por el orden siguiente: 1) El cónyuge; 2) Los hijos a partes iguales en defecto del cónyuge; 3) Los padres y 4) Los hermanos.

2.- El siniestro objeto de cobertura y la relación de la actora con el asegurado fallecido

El 25 de agosto de 2015, un accidente de montañismo costó la vida a D. Millán, de 43 años de edad, cuando en compañía de la demandante D.^a Marí Juana descendía de la Faja de la Carriata, en el Parque Nacional de Ordesa y Monte Perdido de Huesca. Su cuerpo fue rescatado por la Guardia Civil y trasladado desde Boltaña (Huesca) a Azpeitia (Guipúzcoa). El coste de dicho traslado ascendió a 4.343,80 euros, que fue asumido por la compañía de seguros como igualmente los correspondientes a funeraria y cremación por la cantidad de 1.114,63 euros. La condición de asegurado de D. Millán no se discute, como tampoco la cobertura del accidente.

El finado convivía con la demandante D.^a Marí Juana, al menos desde el año 2001, en el que figuran empadronados en el mismo domicilio y, además, como pareja inscrita en el Registro de Parejas de Hecho de la Comunidad Autónoma del País Vasco, desde el 20 de noviembre de 2003.

Ambos regentaban un establecimiento de fotografía y realizaban conjuntamente su declaración de renta. La Seguridad Social, por resolución de 3 de noviembre de 2015, reconoció a D.^a Marí Juana la pensión de viudedad. En la esquila publicada figura como "bere emazteca", que en euskera significa "su esposa". Ambos se encontraban asegurados con la compañía demandada y aplicaron una deducción por familia.

3.- Sobre los procedimientos judiciales de primera y segunda instancia

D.^a Marí Juana formuló demanda contra la compañía de seguros, el 4 de julio de 2016, que dio lugar al juicio ordinario 514/2016, cuyo conocimiento correspondió al Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Donostia, exigiendo la cantidad de 14.471 euros, intereses y costas.

Por su parte, los padres del asegurado, D. Guillermo y D.^a Concepción, con fecha 20 de diciembre de 2016, dedujeron a su vez demanda contra dicha aseguradora, exigiendo su condena a satisfacer la cantidad objeto de

cobertura, que se tramitó ante el Juzgado de Primera Instancia n.º 8 de Donostia, bajo el número de juicio ordinario 889/2016.

Ambas pretensiones se acumularon, al versar sobre los mismos hechos, ante el Juzgado que conocía del procedimiento más antiguo, que era el de primera instancia n.º 4 de dicha ciudad.

Seguido el procedimiento, en todos sus trámites, se dictó sentencia por el referido órgano jurisdiccional, que desestimó la demanda deducida por D.ª Marí Juana, con imposición de costas, y estimó, por el contrario, la formulada por los padres del asegurado. En su parte dispositiva, se condenó a la compañía de seguros a abonar a éstos la cantidad reclamada de 9012,57 euros, una vez descontados los gastos por traslado de cadáver y funeraria, con los intereses legales del art. 20 de la LCS, desde la fecha del siniestro hasta el pago, todo ello con la correspondiente condena en costas.

En síntesis, el Juzgado fijó el objeto de la controversia en la determinación de la condición de beneficiario de la póliza, y si, por lo tanto, D.ª Marí Juana podía considerarse, como pareja de hecho inscrita y conviviente del asegurado, asimilada a la condición de cónyuge, acreedora al capital objeto de cobertura, según el orden de preferencia fijado en la póliza con prioridad a los padres del asegurado.

Se señaló que el fallecido D. Millán no era el tomador del seguro, sino la Federación Vasca de Montañismo, adquiriendo el finado, al hallarse federado y haberse adherido a la póliza, la condición de asegurado, sin que, por lo tanto, conforme al art. 84 de la LCS, pudiera designar ni modificar la condición de beneficiario.

Se argumentó que no nos encontramos ante un supuesto relativo a la equiparación entre la relación de pareja y el matrimonio, al que le fuera de aplicación el art. 3 del CC, sino de interpretación de un término del contrato. Se invocó el art. 1281 del CC, en el sentido de que, cuando los términos del contrato son claros, ha de estarse al tenor literal de sus cláusulas, en este caso del condicionado de la póliza.

Ninguna duda, señala la precitada resolución, se albergaría, para la estimación de la demanda, si fuera el fallecido el tomador del seguro, en cuyo caso se debería entender que la condición de cónyuge, como beneficiario, se refería necesariamente a la pareja de hecho inscrita del tomador, puesto que, al no estar éste casado, dicha atribución preferente carecería de sentido. Fuera de este supuesto, la voluntad a considerar es la de la Federación Vasca de Montañismo, tomadora del contrato de seguro, sin que se hubiera practicado prueba alguna sobre cuál era la intención contractual de esta última al tiempo de suscribir la póliza a los efectos del art. 1281 del CC.

Pese a negársele la legitimación para reclamar, el Juzgado entra a analizar cuál era la cantidad objeto de cobertura y, al estimar la condición 7 de la póliza como delimitadora del riesgo, la fijó en 9012,57 euros.

Contra dicha sentencia, se interpuso por D.ª Marí Juana y la compañía de seguros Helvetia los correspondientes recursos de apelación. La sección segunda de la Audiencia Provincial de Gipuzkoa dictó sentencia, en la que confirmó la de primera instancia.

En su fundamentación, dicho tribunal comparte plenamente el criterio de la sentencia del Juzgado, cuando establece que el término cónyuge, consignado en el contrato, no puede interpretarse en relación con la intención del asegurado, sino de la entidad tomadora del seguro, que era la Federación Vasca de Montañismo, sin que existiera ninguna prueba sobre la intención de esta última a la hora de acoger y aceptar tal término contractual, y, por lo tanto, si pretendía que fueran beneficiarios de la cobertura únicamente las parejas unidas por vínculo matrimonial o también las parejas de hecho inscritas.

Continúa su argumentación, con el razonamiento de que el Tribunal Supremo mantiene que el matrimonio y la pareja de hecho son realidades jurídicas distintas y no cabe aplicar analógicamente las soluciones previstas, por el legislador, para el matrimonio a la unión extramatrimonial. Además, en el caso presente, no se había demostrado la existencia de pacto alguno a través del cual se regularán las relaciones entre los integrantes de la pareja de hecho, como tampoco disposición alguna de última voluntad entre ellos.

Por último, la Audiencia no entra a examinar la abusividad y el carácter limitativo de la cláusula de aminoración de la indemnización por el importe de los gastos de rescate del finado, puesto que, al no haber sido acogida la pretensión principal de la recurrente, pierde efectividad cualquier pronunciamiento sobre dicho extremo.

Contra la precitada resolución interpuso la actora el presente recurso de casación.

Segundo. El recurso de casación

El recurso de casación se formula, por interés casacional, al amparo del art. 477.2.3º y 3 de la LEC. Se alegan como infringidos los arts. 85 de la LCS, 3.1 y 1281 del CC.

Se citaron sentencias contradictorias de Audiencias Provinciales sobre la asimilación de la condición de beneficiario entre cónyuge y pareja de hecho. Se sostuvo que, aunque pareja de hecho no es equivalente a matrimonio, sí son relaciones de comunidad de vida semejantes. Se señaló que carece de sentido la designación de beneficiario al "cónyuge", cuando el asegurado ni siquiera estaba casado y llevaba conviviendo more uxorio durante un largo periodo de tiempo con la misma persona, con lo que su intención contractual era designar beneficiaria a la recurrente. No es de recibo la tesis de que sólo el tomador del seguro puede designar a los beneficiarios de la póliza cuando se trata de pólizas colectivas como la litigiosa, en la cual la Federación operaba

como mera gestora de la contratación, y ser de aplicación el art. 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Los recurridos se oponen a la admisibilidad del recurso, al cuestionar la existencia del interés casacional; mas tal argumento no puede ser aceptado.

Ello es así, dado que el recurso interpuesto respeta los hechos probados de la instancia, se alega el concreto precepto de derecho material o sustantivo que se consideró infringido, planteándose un problema jurídico sobre el cual existe divergente criterio entre las Audiencias como destacan las propias sentencias de Juzgado y Audiencia. En el contexto expuesto, como señala la sentencia 2/2017, de 17 de enero:

"[...] tampoco deberá ser inadmitido un recurso que, al margen de elementos formales irrelevantes, o en todo caso secundarios, plantee con la suficiente claridad un problema jurídico sustantivo que presente, desde un análisis razonable y objetivo, interés casacional. Como declara la sentencia de esta Sala núm. 439/2013, de 25 de junio, puede ser suficiente para pasar el test de admisibilidad y permitir el examen de fondo de la cuestión, la correcta identificación de determinados problemas jurídicos, la exposición aun indiciaria de cómo ve la parte recurrente el interés casacional y una exposición adecuada que deje de manifiesto la consistencia de las razones de fondo. En tales casos, una interpretación rigurosa de los requisitos de admisibilidad que impidan el acceso a los recursos extraordinarios no es adecuada a las exigencias del derecho de tutela efectiva jurídica de la sentencia".

En el mismo sentido, las sentencias 351/2015, de 15 de junio; 550/2015, de 13 de octubre; 577/2015, de 5 de noviembre; 188/2016, de 18 de marzo; 331/2016, de 19 de mayo; 667/2016, de 14 de noviembre; 579/2016, de 30 de septiembre; 727/2016, de 19 de diciembre; 2/2017, de 10 de enero; 243/2019, de 24 de abril; 146/2020, de 2 de marzo y 420/2020, de 14 de julio, entre otras.

Tercero. Examen del recurso

1.- El examen del recurso de casación exige partir de unas consideraciones previas sobre la interpretación de los contratos. Tal y como declaran las sentencias 196/2015, de 17 de abril; 505/2019, de 1 de octubre y 31/2020, de 21 de enero:

"(i) La primera se refiere al alcance de la revisión en casación de la interpretación realizada en la instancia: la interpretación de los contratos constituye una función de los tribunales de instancia, que ha de prevalecer y no puede ser revisada en casación, salvo cuando sea contraria a alguna de las normas legales que regula la interpretación de los contratos o se demuestre su carácter manifiestamente ilógico, irracional o arbitrario (sentencias 524/2013, de 23 de julio, y 252/2014, de 14 de mayo).

(ii) La segunda versa sobre el sentido de las reglas legales de interpretación de los contratos, de conformidad con la finalidad de la interpretación, tal y como se viene entendiendo por la jurisprudencia (sentencias 294/2012, de 18 de mayo, y 27/2015, de 29 de enero).

2.- Respecto de este segundo aspecto, el principio rector de la labor de interpretación del contrato es la averiguación o búsqueda de la voluntad real o efectivamente querida por las partes. Para ello, el sentido literal, como criterio hermenéutico, es el presupuesto inicial, en cuanto que constituye el punto de partida desde el que se atribuye sentido a las declaraciones realizadas, se indaga la concreta intención de los contratantes y se ajusta o delimita el propósito negocial proyectado en el contrato.

Cuando los términos son claros y no dejan duda alguna sobre la intención de los contratantes, la interpretación literal impide que, con el pretexto de la labor interpretativa, se pueda modificar una declaración que realmente resulta clara y precisa. A ello responde la regla contenida en el párrafo primero del art. 1281 CC ("si los términos de un contrato son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, se estará al sentido literal de sus cláusulas").

A sensu contrario, la interpretación literal también contribuye a mostrar que el contrato por su falta de claridad, por la existencia de contradicciones o vacíos, o por la propia conducta de los contratantes, contiene disposiciones interpretables, de suerte que la labor de interpretación debe seguir su curso, con los criterios hermenéuticos a su alcance (arts. 1282- 1289 CC), para poder dotar a aquellas disposiciones de un sentido acorde con la intención realmente querida por las partes y con lo dispuesto imperativamente en el orden contractual".

2.- En este caso, no nos encontramos ante un seguro de vida sino de accidentes, al que se refiere el art. 100 de la LCS, cuyo párrafo segundo norma que las disposiciones contenidas en los artículos ochenta y tres a ochenta y seis del seguro de vida y en el párrafo 1 del artículo ochenta y siete, son aplicables a los seguros de accidentes.

3.- Es necesario tener en cuenta también que nos hallamos ante un seguro colectivo, cuya diferenciación con los seguros individuales fue tratada extensamente en la sentencia 1058/2007, de 18 de octubre, a cuya doctrina se remiten las sentencias 541/2016, de 14 de septiembre y 570/2019, de 4 de noviembre, la cual se expresa en los términos siguientes:

"En los seguros colectivos o de grupo no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegurarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento (STS 6 de abril de 2001, rec. 878/1996)".

Conforme a lo dispuesto en el art. 106 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, vigente al desarrollarse los presentes hechos y al que se remite la póliza suscrita, "[...] las entidades aseguradoras estarán sujetas a las obligaciones recogidas en los artículos 104 y 105 anteriores, en relación con los asegurados de los seguros colectivos, debiendo suministrarse la información que afecte a los derechos y obligaciones de éstos, con anterioridad a la firma del boletín de adhesión o durante la vigencia del contrato, salvo que dicha obligación sea asumida por el tomador del seguro".

Y, por su parte, el art. 107 norma que: "[...] se acreditará que el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado ha recibido con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, toda la información requerida a este respecto en los artículos precedentes".

A la entrega de la tarjeta de asegurado, dice la póliza, se entregará a cada montañero información de las garantías y límites de coberturas aseguradas, así como relación de centros y especialistas concertados para cada territorio.

Con ello queremos destacar que el asegurado tenía que conocer el orden de beneficiarios del seguro al que voluntariamente se adhirió, es decir al que se incorporó, sumó o unió consciente y voluntariamente; por lo tanto, no compartimos que la intención contractual a valorar sea exclusivamente la de la tomadora del seguro, como se sostiene por las sentencias recurridas, la cual sólo pretendía cubrir los riesgos de sus deportistas federados, lo que constituía su intención contractual, independientemente de las condiciones personales de todos los componentes del grupo que lógicamente no podía conocer.

4.- La condición de beneficiario de un seguro no se puede confundir con la de asegurado, que es el sujeto de derecho cuya persona o bienes están expuestos a un riesgo; mientras que el beneficiario es quien tiene derecho a reclamar la prestación del asegurador. Normalmente coinciden en los seguros de daños el tomador, asegurado y beneficiario, mas no es este el caso que nos ocupa, en el que se trata de un seguro de accidentes sobre la vida del asegurado que desafortunadamente falleció, convirtiéndose el riesgo pactado en siniestro indemnizable.

El beneficiario es un tercero con respecto al contrato de seguro a cuyo favor, no obstante, se celebra y que, en virtud de una estipulación contractual, que no tiene necesariamente que conocer, está legitimado para percibir la prestación de la compañía aseguradora. Su derecho nace de la designación en la póliza, para lo cual no se precisa su consentimiento y, de esta forma, se le confiere un derecho propio, no de naturaleza sucesoria, que tiene su raíz en el contrato de seguro concertado.

Ahora bien, en este caso, la póliza tiene unas connotaciones específicas, en tanto en cuanto se trata de una póliza de seguro colectivo derivada de la necesidad de contar con un seguro de accidentes los deportistas federados, asumiendo la federación su celebración con la demandada. En las condiciones generales de la póliza, se atribuye la condición de asegurado a "[...] cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el seguro" y se indica, a continuación, que es beneficiario, "[...] el propio asegurado en las Garantías de vida e invalidez y el designado por éste para el caso de fallecimiento".

En las condiciones particulares se señala que son asegurados: "cuantas personas federadas se adhieran al presente contrato". El riesgo cubierto consiste en garantizar "[...] los accidentes corporales que puedan sufrir los miembros de las entidades pertenecientes a las Federaciones de montañismo durante la actuación, asistencia y participación no profesional en actividades propias de la misma".

5.- Es preciso destacar también que, en el caso enjuiciado, no estamos dirimiendo una cuestión concerniente a la interpretación de una norma legal y su carácter discriminatorio con respecto a una pareja de hecho. Tampoco su objeto consiste en resolver una controversia relativa al régimen jurídico aplicable a las relaciones existentes entre los componentes de una unión more uxorio. No se trata de ningún litigio concerniente a las relaciones personales y patrimoniales de los miembros de la pareja.

La cuestión debatida es otra bien distinta, concerniente a la interpretación del contenido y alcance de la cláusula 12 de las condiciones particulares de la póliza, en la que se atribuye la condición de beneficiario del seguro, en primer término, al cónyuge, y si puede reputarse como tal, por asimilación, a la demandante, en su condición de

pareja de hecho inscrita en el Registro de Parejas de Hecho del País Vasco; o dicho de otra forma, si era esa la intención del fallecido al adherirse al contrato de seguro suscrito.

6.- Las sentencias de instancia entendieron que dicha pretensión no era susceptible de ser acogida como consecuencia del tenor literal de dicha estipulación contractual, que se refiere expresamente a cónyuge, condición jurídica que no ostenta la demandante, al haber decidido libremente, tanto ella como quien fue su pareja, no contraer matrimonio, con exclusión de sus efectos jurídicos en el ejercicio de la libre autonomía de la voluntad (arts. 1 y 10 CE y 1255 del CC).

En este sentido, el Tribunal Constitucional ha reconocido que del derecho a contraer matrimonio consagrado en el art. 32 CE se puede extraer la libertad de no contraerlo (sentencia del Tribunal Constitucional 93/2013, de 23 de abril, FJ 7) y, en la sentencia 198/2012, de 6 de noviembre, FJ 10, se proclamó que "[...] el derecho a contraer matrimonio, o a no contraerlo, se limita a asegurar la capacidad de elección, a impedir el mandato o la imposibilidad absoluta, pero no a asegurar a quien la ejercita en un determinado sentido los mismos efectos que se atribuyen a quien lo hace en otro".

7.- Pues bien, en este caso, el asegurado y la demandante no contrajeron matrimonio, pero convivían more uxorio, como una esposa y un esposo, desde el año 2001; es decir 14 años antes de la producción del siniestro asegurado.

En el ejercicio de su libertad personal la actora y su desafortunada pareja decidieron constituir una unidad de relación afectivo-sexual, de carácter estable, sin llegar a formalizarla en matrimonio y, al cumplir los requisitos establecidos en la Ley 2/2003, de 7 de mayo, reguladora de las parejas de hecho del País Vasco, se inscribieron como tales en el Registro de Parejas de Hecho de la Comunidad Autónoma, desde noviembre de 2003.

Con tan concluyente acto jurídico expresaron su intención inequívoca de vivir juntos, constituir una comunidad de vida, con el elenco de derechos que le confería la mentada normativa, fundamentalmente de naturaleza jurídico pública, pero también relativos al acogimiento y adopción de menores, incluso sucesorios y otros, pero lógicamente con sujeción al régimen dispositivo derivado de la doctrina del Tribunal Constitucional (STC 93/2013, de 23 de abril).

Al adherirse al contrato de seguro, el asegurado aceptó las condiciones de la póliza y, entre ellas, la preferencia del cónyuge como beneficiario de la indemnización objeto de cobertura para el caso de fallecimiento con preferencia sobre los padres.

Es cierto que, literalmente, cónyuge es la persona que se encuentra unida a otra en matrimonio, y, en este caso, la actora y el asegurado no lo habían contraído, pero del acto de adhesión a la póliza por el finado, aceptando el orden de preferencia entre los beneficiarios, al no hallarse casado, pero sí unido more uxorio, con carácter estable, en armoniosa convivencia, durante años e inscrito en el Registro autonómico, permite deducir su intención de atribuir la condición de beneficiaria a la que fue su pareja, sin que ello quepa considerarlo como expresión de una falta de cariño o afecto a sus progenitores igualmente demandantes, sino favorecer la posición jurídica de la que fue su compañera de vida y con la que compartió su existencia como manifestación del libre desarrollo de su personalidad (art. 10 CE). Una cosa es adoptar una decisión de no contraer matrimonio y vivir como un matrimonio bajo una relación more uxorio con publicidad registral, y otra distinta la de ser beneficiario de un seguro.

8.- En definitiva, consideramos que, en la interpretación de la condición particular 12 de la póliza, habrá de tenerse en cuenta, no la voluntad de la Federación, sino la intención del asegurado adherente, el desafortunado D. Millán, que estimamos era atribuir a la demandante D.^a Marí Juana la condición de beneficiaria preferente de la cobertura del seguro por el riesgo de fallecimiento, la cual además es quien viene percibiendo la pensión de viudedad de su finada pareja en cuantía de 415,90 euros mensuales.

Es por ello que, en las condiciones expuestas y en atención a las concretas circunstancias concurrentes en este litigio, considera el tribunal que el recurso debe ser estimado.

Cuarto. La sentencia de casación

Al asumir la instancia debemos resolver la cuestión controvertida sometida a discusión, en el recurso de apelación interpuesto, relativa al montante indemnizatorio procedente, y si, por lo tanto, se debe descontar del capital, por fallecimiento, de 14.471 euros, las cantidades relativas a las facturas aportadas por la aseguradora, por traslado del cadáver de Boltaña a Azpeitia, de 4.383,80 euros, así como gastos de funeraria y cremación por importe de 1.114,63 euros.

La primera cantidad no la podemos considerar susceptible de ser descontada, dado que, en las condiciones particulares de la póliza, figuran como incluidos gastos de traslado del cadáver, lo que entra en contradicción con la circunstancia de que en la garantía de fallecimiento, que es otra distinta, aparece que deberán descontarse del capital asegurado todos los gastos derivados del accidente, como médicos, traslado, rescates etc. Esta contradicción fue propiciada por la aseguradora, que es quien ha redactado el clausulado contractual, por aplicación del art. 1288

del CC, que recoge la interpretación contra proferentem, precepto aplicable a los contratos de seguro conforme reiterada jurisprudencia.

En efecto, como señala al respecto, la sentencia 419/2020, de 13 de julio:

"Es reiterada jurisprudencia la que sostiene que las contradicciones y correlativas dudas existentes sobre el alcance e interpretación de las condiciones generales de la póliza pesan contra la compañía aseguradora, en tanto en cuanto las predispuso e impuso en sus relaciones contractuales con terceros.

Pueden consultarse al respecto, entre otras, la STS 498/2016, de 19 de julio, cuando señala que toda la normativa de seguros está enfocada a la protección del asegurado, resolviéndose a su favor las dudas interpretativas derivadas de la redacción del contrato o de sus cláusulas oscuras o confusas. O más recientemente, la STS 31/2020, de 21 de enero, cuando establece que:

"[...] la técnica de las condiciones generales impuestas y predisuestas por las compañías determinan la vigencia de la interpretación contra proferentem (contra el proponente), conforme a la cual "la interpretación de las cláusulas oscuras de un contrato no deberá favorecer a la parte que hubiese ocasionado la oscuridad" (SSTS 248/2009, de 2 de abril; 601/2010, de 1 de octubre; 71/2019, de 5 de febrero y 373/2019, de 27 de junio, entre otras)".

Por el contrario, los gastos de funeraria, propios de un seguro de decesos, no aparecen cubiertos en la póliza, por lo que sí es de recibo descontar la cantidad de 1114,63 euros abonados por la compañía, lo que conduce a la estimación de la demanda por importe de 13.356,37 euros.

Procede la condena de los intereses del art. 20 de la LCS, impuestos en ambas instancias a la compañía aseguradora, pronunciamiento de declaración de mora, no impugnado a través de recurso de casación, entidad que pudo consignar la cantidad debida y liberarse del proceso, que continuaría entre los terceros pretendientes, lo que no hizo.

Quinto. Costas y depósitos

En cuanto a las costas de primera instancia no se imponen a ninguna de las partes, al estimarse parcialmente la demanda deducida por D.^a Marí Juana, y con respecto a los padres del asegurado se imponen a éstos las correspondientes a la desestimación de su demanda (art. 394 LEC).

La estimación del recurso de casación determina no se haga especial imposición de las costas procesales. Las del recurso de apelación formulado por la demandante no se hace especial pronunciamiento toda vez que debió ser parcialmente estimado (art. 398 LEC), se mantiene la condena en costas del recurso de apelación formulado por la compañía de seguros demandada en el que sostenía la inaplicación de los intereses del art. 20 LCS.

Procede la devolución de los depósitos constituidos para recurrir por la demandante D.^a Marí Juana (Disposición Adicional 15, apartado 8, LOPJ).

FALLO

Por todo lo expuesto,

EN NOMBRE DEL REY

y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido:

1.º- Estimar el recurso de casación interpuesto, casar la sentencia recurrida dictada por la Sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Gipuzkoa, con fecha 22 de marzo de 2018, en el rollo 2483/2017.

2.º- Estimar el recurso de apelación interpuesto por D.^a Marí Juana, contra la sentencia de 1 de septiembre de 2017 del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Donostia, en los autos de juicio ordinario 514/2016.

Revocamos dicha resolución y, en su lugar, condenamos a la compañía de seguros Helvetia Suiza Seguros y Reaseguros S.A. a abonar a D.^a Marí Juana la cantidad de 13.356,37 euros, con los intereses del art. 20 de la LCS, desde la fecha del siniestro, sin imposición de costas.

Se desestima la demanda formulada por D. Guillermo y D.^a Concepción, con imposición de costas.

Se mantiene la desestimación del recurso de apelación interpuesto por Helvetia Cía. Suiza de Seguros y Reaseguros, S.A.

3.º- No se hace condena sobre las costas del presente recurso de casación y se decreta la devolución de los depósitos constituidos para recurrir por la demandante D.^a Marí Juana.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de Sala.

El Excmo. Sr. D. Eduardo Baena Ruiz votó en sala pero no pudo firmar por jubilación, haciéndolo en su lugar el Excmo. Sr. Presidente de la Sala D. Francisco Marín Castán.

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

Así se acuerda y firma.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.