

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065339

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 60/2021, de 8 de febrero de 2021

Sala de lo Civil

Rec. n.º 1815/2018

SUMARIO:

Seguro de vida con cobertura de invalidez por cualquier causa. Interpretación de la póliza. Definición de invalidez en favor del asegurado. El presente litigio versa sobre la reclamación de un asegurado contra su aseguradora respecto de la cobertura del riesgo de invalidez por cualquier causa. La controversia en casación se centra en la interpretación de la póliza al definir dicho riesgo, dada la falta de claridad de la misma. En concreto, el demandante-recurrente sostiene que cabe identificar el riesgo de invalidez por cualquier causa con el diagnóstico de la enfermedad invalidante, lo que en este caso tuvo lugar cuando el seguro todavía estaba en vigor. Por el contrario, la sentencia recurrida considera que, tratándose de un seguro de vida con cobertura complementaria de invalidez, la jurisprudencia aplicable a esta modalidad de seguro determina que el riesgo asegurado no sea la enfermedad invalidante sino la invalidez declarada, lo que en este caso también resultaba del tenor de la póliza y excluía la cobertura porque la resolución del INSS fue posterior a la fecha de extinción de la póliza por falta de pago de las primas. La sala estima el recurso de casación y advierte que la exigencia de declaración administrativa de invalidez, como regla general para considerar realizado el riesgo asegurado, puede tener excepciones derivadas de las cláusulas de la propia póliza. En el presente recurso el asegurado demandante sí ha planteado correctamente, que una interpretación de la definición de invalidez en la póliza que suscribió con la aseguradora demandada lleva a concluir que no era imprescindible la declaración administrativa de invalidez para que se entendiera producido el siniestro, ya que bastaba con el diagnóstico de su enfermedad como irreversible. Tiene razón el asegurado recurrente, porque la póliza define como "irreversible y consolidada" no solo la Incapacidad Permanente Absoluta determinada por el Organismo competente, sino también, en el párrafo anterior, "la situación proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas cualquiera que sea la causa, siempre que el diagnóstico de esta situación sea considerado irrecuperable por los peritos médicos. En definitiva, la circunstancia de que la póliza considerase igualmente como invalidez "el dictamen por el Organismo competente de una incapacidad Permanente Absoluta" no puede interpretarse en contra del asegurado como si el párrafo anterior fuera irrelevante sino como alternativa de la cobertura ya establecida y fundada no en el dictamen del Organismo competente sino en el diagnóstico de la enfermedad como irrecuperable.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), art. 20.

Código civil, art. 1.288.

PONENTE:*Don Francisco Marín Castan.*

Magistrados:

Don FRANCISCO MARIN CASTAN
Don FRANCISCO JAVIER ARROYO FIESTAS
Don MARIA DE LOS ANGELES PARRA LUCAN
Don JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 60/2021

Fecha de sentencia: 08/02/2021

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 1815/2018

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 03/02/2021

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Barcelona, sección 19.^a

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. María Angeles Bartolomé Pardo

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 1815/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. María Angeles Bartolomé Pardo

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 60/2021

Excmos. Sres. y Excmas. Sras.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 8 de febrero de 2021.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Segismundo, representado por el procurador D. Juan Pedro Marcos Moreno bajo la dirección letrada de D. Eduardo Cid Climent, contra la sentencia dictada el 22 de febrero de 2018 por la sección 19.^a de la Audiencia Provincial de Barcelona en el recurso de apelación n.º 807/2016, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 230/2015 del Juzgado de Primera Instancia n.º 56 de Barcelona sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida e invalidez. Ha sido parte recurrida la demandada Axa Aurora Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (actualmente Axa Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros), representada por la procuradora D.^a Elisa Rodés Casas bajo la dirección letrada de D. Antonio Duelo Riu.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 26 de febrero de 2015 se presentó demanda interpuesta por D. Segismundo contra Axa Aurora Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (actualmente Axa Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros) solicitando se dictara sentencia con los siguientes pronunciamientos:

"Se condene a la demandada, a pagar al demandante la cantidad de CIEN MIL EUROS, más los intereses legales del artículo 20 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro, condenando a la demandada al pago de las costas procesales".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 56 de Barcelona, dando lugar a las actuaciones n.º 230/2015 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció y contestó a la demanda solicitando su íntegra desestimación con imposición de costas al demandante.

Tercero.

Celebrada la audiencia previa, como la única prueba admitida fuese la documental, la magistrada-juez titular del mencionado juzgado dictó sentencia el 1 de abril de 2016 con el siguiente fallo:

"Estimando la demanda formulada por DON Segismundo, condeno a AXA AURORA VIDA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS a pagar al actor:

- 1º.- La cantidad de CIEN MIL EUROS (100.000 euros)
- 2º.- Los intereses previstos en el art. 20 LCS desde el día 6 de Noviembre de 2014.
- 3º.- Las costas del juicio".

Cuarto.

Interpuesto por la entidad demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso el demandante y que se tramitó con el n.º 807/2016 de la sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, esta dictó sentencia el 22 de febrero de 2018 con el siguiente fallo:

"Que ESTIMANDO el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de AXA AURORA VIDA S.A contra la Sentencia de 4 de abril de 2016 dictada por el Juzgado de Primera Instancia n.º 56 de Barcelona, en los autos de juicio ordinario n.º 230/15 de los que el presente Rollo dimana, DEBEMOS REVOCAR Y REVOCAMOS la indicada resolución y en su lugar acordamos la desestimación de la demanda absolviendo a la demandada de todos los pedimentos formulados en su contra y sin que proceda condena en costas en ninguna de las instancias".

Quinto.

Contra la sentencia de segunda instancia el demandante-apelado interpuso recurso de casación al amparo del ordinal 3.º del art. 477.2 LEC, por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, compuesto de un solo motivo con el siguiente enunciado:

"MOTIVO PRIMERO Y ÚNICO, NORMA INFRINGIDA: Artículo 1288 del Código Civil, el principio general in dubio pro asegurado, y la doctrina jurisprudencial contenida en las SSTs, todas de la Sala Primera, (i) de 18 de julio de 1988; (ii) de 4 de julio de 1997; (iii) de 23 de junio de 1999; (iv) n.º 1059/2006, de 10 de enero de 2006, n.º recurso 1838/1999; (v) n.º 1179/2006, de 13 de noviembre de 2006, n.º recurso 84/2000; (vi) n.º 279/2007, de 5 de marzo de 2007, recurso n.º 1066/2000; y (vii) n.º 711/2008, de 22 de julio de 2008, n.º recurso 780/2002; entre otras, que establecen que en el ámbito contractual (interpretatio contra stipulatorem) y en concreto, en materia de contratos de seguro (in dubio pro asegurado), la interpretación de cláusulas oscuras o que admitan varias interpretaciones, deberá realizarse en el sentido más favorable para el asegurado".

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes, el recurso fue admitido por auto de 17 de junio de 2020, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando la desestimación del recurso con imposición de costas al recurrente.

Séptimo.

Por providencia de 18 de enero 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 3 de febrero siguiente, en que ha tenido lugar por el sistema de videoconferencia habilitado por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

El presente litigio versa sobre la reclamación de un asegurado contra su aseguradora respecto de la cobertura del riesgo de invalidez por cualquier causa, y la controversia en casación se centra en la interpretación de la póliza al definir dicho riesgo. En concreto, el demandante-recurrente viene sosteniendo desde un principio (con base en que la falta de claridad de la póliza a la hora de definir el riesgo no puede operar en su contra) que cabe identificar el riesgo de invalidez por cualquier causa con el diagnóstico de la enfermedad invalidante, lo que en este caso tuvo lugar cuando el seguro todavía estaba en vigor. Por el contrario, la sentencia recurrida considera que, tratándose de un seguro de vida con cobertura complementaria de invalidez, la jurisprudencia aplicable a esta modalidad de seguro determina que el riesgo asegurado no sea la enfermedad invalidante sino la invalidez declarada, lo que en este caso también resultaba del tenor de la póliza y excluía la cobertura porque la resolución del INSS fue posterior a la fecha de extinción de la póliza por falta de pago de las primas.

Los antecedentes relevantes para la decisión del recurso son los siguientes:

1. Se han declarado probados o no se discuten estos hechos:

1.1. El 20 de marzo de 2012 D. Segismundo, trabajador autónomo afiliado al correspondiente régimen especial de la Seguridad Social (en adelante SS), suscribió con la aseguradora Axa Aurora Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (actualmente Axa Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, en adelante Axa) una póliza anual renovable, denominada "Seguro Vida Plena" (bloque doc. 1 de la demanda), que además del riesgo de fallecimiento por cualquier causa también cubría el de invalidez por cualquier causa, en ambos casos con una suma asegurada inicial de 100.000 euros (folio 22 de las actuaciones de primera instancia).

Se pactó una prima anual de 1.135,91 euros, que debía pagarse mediante recibos mensuales de 94,66 euros.

1.2. Según las condiciones generales de la póliza (bloque doc. 6 de la demanda), la cobertura del riesgo de invalidez se definía en los siguientes términos (folio 75 de las actuaciones de primera instancia):

"Invalidez por cualquier causa.

"Qué le cubre:

"Es la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por cualquier causa que le incapacita para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional.

"Irreversible y consolidada:

"Es la situación proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas cualquiera que sea la causa, siempre que el diagnóstico de esta situación sea considerado irrecuperable por los peritos médicos.

"Igualmente, se considerará Invalidez el dictamen por el Organismo competente de una Incapacidad Permanente Absoluta".

1.3. En diciembre de 2012 el asegurado fue dado de baja por incapacidad temporal derivada de enfermedad común, con un diagnóstico de "depresión mayor con ansiedad y agorafobia" que no mejoró con el tratamiento prescrito.

En julio de 2013 dicha enfermedad se consideró por los servicios públicos de salud de la Generalitat de Catalunya como "consolidada e irreversible para sus actividades habituales" (bloque doc. 7 de la demanda, folio 97 de las actuaciones de primera instancia).

1.4. Los recibos correspondientes a las mensualidades de diciembre de 2013 y febrero de 2014 fueron devueltos por el banco por falta de saldo en la cuenta del asegurado en la que estaba domiciliado su pago.

Axa decidió no renovar la póliza y no pasar al cobro ningún otro recibo.

1.5. Con fecha 10 de julio de 2014 la Dirección Provincial del INSS de Barcelona reconoció al Sr. Segismundo una incapacidad permanente absoluta (IPA) derivada de enfermedad común (bloques doc. 3 y 7 de la demanda, folios 47 y 94 de las actuaciones de primera instancia).

1.6. En octubre de 2014 el asegurado intentó abonar las primas impagadas (de diciembre de 2013 y febrero de 2014) mediante giro postal (bloque doc. 5 de la demanda, folio 69 de las actuaciones de primera instancia), pero la aseguradora no aceptó el pago.

1.7. Por escrito de 30 de octubre de 2014, con fecha de recepción 5 de noviembre de 2014, el asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora (bloque doc. 7, folio 92 de las actuaciones de primera instancia), que lo rechazó "por encontrarse la póliza cancelada por impago, con fecha 04/02/2014, fecha anterior a la concesión de la invalidez" (bloque doc. 8 de la demanda, folio 102 de las actuaciones de primera instancia).

2. Con fecha 26 de febrero de 2015 el asegurado promovió el presente litigio contra Axa reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, que se condenara a la demandada al pago de 100.000 euros más intereses del art. 20 LCS y costas.

En apoyo de sus pretensiones alegaba, en síntesis: (i) que según la definición del riesgo de invalidez contenida en las condiciones generales de la póliza, cuya posible oscuridad no podía interpretarse en perjuicio del asegurado, debía entenderse como siniestro la declaración hecha por los servicios médicos de la Seguridad Social en julio de 2013 apreciando el carácter consolidado e irreversible de las patologías que sufría el asegurado y que finalmente determinaron que tiempo después se le reconociera una IPA; (ii) que en julio de 2013 la póliza se encontraba al corriente de pago y en vigor, pues los impagos fueron posteriores (solo se dejaron de pagar las primas correspondientes a los meses de diciembre de 2013 y febrero de 2014); (iii) que en todo caso el impago de esas primas no era imputable al asegurado; y (iv) que aunque la aseguradora no comunicó al asegurado que la póliza había quedado suspendida por el impago ni su decisión de no renovarla, ni tampoco reclamó el pago de las primas adeudadas, rechazó hacerse cargo del siniestro aduciendo que por tal no debía entenderse la enfermedad causante de la invalidez sino el reconocimiento de esta por el INSS, lo que había tenido lugar en julio de 2014, después de que la póliza se hubiera extinguido.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en síntesis: (i) que decidió no renovar la póliza para el año 2014 ante el impago de la prima correspondiente a las mensualidades de diciembre de 2013 y febrero de 2014; y (ii) que el siniestro, consistente en el reconocimiento de la invalidez por el INSS, ocurrió en julio de 2014, cuando la póliza ya no estaba en vigor por haberse extinguido a finales de febrero de ese año.

4. La sentencia de primera instancia estimó íntegramente la demanda.

En lo que interesa, razonó, en síntesis: (i) que conforme a la definición contractual del riesgo de invalidez por cualquier causa, "para que se dé el supuesto asegurado basta con tener un diagnóstico de la situación de invalidez que describe, y este diagnóstico lo tiene el actor desde julio de 2013 en que se considera su enfermedad consolidada e irreversible"; (ii) que el hecho de que "igualmente" se diera el supuesto asegurado cuando se obtuviera una declaración administrativa de incapacidad emitida por el organismo competente no debía interpretarse como que esta fuera en todo caso necesaria; y (iii) que, en consecuencia, el siniestro se produjo en julio de 2013, fecha en la que la póliza se encontraba en vigor.

5. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación de la aseguradora, revocó la sentencia de primera instancia y desestimó la demanda, pero sin imponer a ninguna de las partes las costas de las instancias.

Razona, en síntesis: (i) que la jurisprudencia (sentencias de esta sala de 16 de mayo de 1996 y 2 de marzo de 2011, y auto de 8 de abril de 2014, resoluciones todas ellas alegadas por la apelante) distingue entre el seguro de incapacidad por causa de accidente, "donde la fecha a tener en cuenta es la de producción del mismo accidente-siniestro", y el seguro de vida con garantía complementaria de enfermedad o invalidez, en que "la fecha es la de la declaración de la enfermedad o invalidez y no la de la enfermedad que la originó"; (ii) que la aplicación de esta jurisprudencia al caso determina que haya de estarse a la fecha de la declaración de la IPA por el INSS (julio de 2014); (iii) que no es óbice a esta interpretación la definición del riesgo de invalidez en la póliza, pues contrariamente a la interpretación defendida por el demandante y acogida por la sentencia apelada, no se contemplan dos supuestos distintos (uno referido al momento en que se constata la existencia de una enfermedad invalidante consolidada e irreversible, y el otro referido al momento en que se declara la invalidez por el organismo administrativo correspondiente), "sino que lo único que hace la póliza es aclarar que cuando el organismo competente declara una situación que denomina "incapacidad permanente absoluta", dicho término es lo mismo que la invalidez que ha descrito en el párrafo anterior y que constituye el riesgo asegurado"; (iv) que esta interpretación la corrobora el hecho de que en la propia descripción del riesgo la póliza se refiera a que "la situación descrita como irrecuperable debe ser diagnosticada por peritos médicos, circunstancia que sin embargo no es exigible cuando la invalidez deriva de la resolución del organismo competente, pues se entiende que en tal caso ya ha habido dicho diagnóstico médico en el procedimiento administrativo correspondiente"; y (v) que, en definitiva, la sentencia apelada confunde hecho generador del riesgo y riesgo asegurado, que en este caso era el riesgo de invalidez y no la enfermedad que la causase, por lo que el siniestro se produjo "una vez que la póliza ya no estaba en vigor, hecho no discutido en la instancia, como consecuencia del impago de primas del asegurado".

6. El demandante interpuso contra dicha sentencia recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, interesando la estimación de la demanda.

7. En su oposición al recurso la aseguradora recurrida ha solicitado su desestimación, con imposición de las costas al recurrente.

Segundo.

El recurso se compone de un solo motivo, fundado en infracción del art. 1288 CC y de la jurisprudencia sobre el alcance de los principios interpretatio contra stipulatorem (o contra proferentem) que recoge el art. 1288 CC, e in dubio pro asegurado, según la cual "la interpretación de cláusulas oscuras o que admitan varias interpretaciones deberá realizarse en el sentido más favorable para el asegurado".

En su desarrollo argumental se alega, en síntesis: (i) que dichos principios, a los que se refieren los arts. 1288 CC y 10.2 LDCU 2007 (en puridad, 1984), forman parte de las reglas de interpretación de los contratos, en particular del contrato de seguro, e impiden que las dudas derivadas de la oscuridad de una cláusula contractual puedan interpretarse en perjuicio del asegurado, debiendo prevalecer la interpretación que le sea más favorable; (ii) que en este caso, con arreglo a la oscura definición contractual del riesgo de invalidez, derivada en particular de la inclusión del término "igualmente" en la cláusula en cuestión, equivalente a "también", el asegurado -como cualquier ciudadano medio que la leyera- podía identificar el siniestro objeto de cobertura tanto con "una situación de salud (física) irreversible y consolidada, sea cual fuere la causa, que le incapacite para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional, siempre que el diagnóstico de esta situación la considere irrecuperable", como con la resolución del organismo competente declarando la IPA; (iii) que por lo tanto, según el contrato, el siniestro podía tener lugar en dos momentos distintos: la fecha del diagnóstico médico declarando la enfermedad incapacitante como consolidada e irreversible o la fecha de la resolución del INSS reconociendo la invalidez; (iv) que estas dudas, causantes de que las sentencias de primera y segunda instancia hayan llegado a conclusiones distintas y de que no se impusieran al demandante las costas de la primera instancia pese a desestimarse íntegramente su demanda, no pueden despejarse acogiendo una interpretación contraria a los intereses del asegurado -como hace la sentencia recurrida-, sino que, por el contrario, deben salvarse optando por una interpretación favorable al mismo; (v) que la interpretación por la que opta la sentencia recurrida -sin tan siquiera declarar ilógica o arbitraria la de la sentencia apelada- toma en consideración una jurisprudencia (contenida en las sentencias de esta sala de 16 de mayo de 1996 y 2 de marzo de 2011, y en el auto de 8 de abril de 2014) no aplicable, pues se refiere a casos en los que, a diferencia de este, no se planteó controversia sobre la interpretación de la póliza; y (vi) que, en consecuencia, la interpretación del contrato por la sentencia recurrida es revisable en casación por "viciada", ilógica, arbitraria e incompatible con las reglas de la sana crítica", y la aplicación al caso del principio in dubio pro asegurado debe conducir a estimar la demanda, dado que fue el asegurador, al redactar de forma tan confusa la cláusula en cuestión definitoria del riesgo de invalidez, quien contribuyó a que el asegurado pudiera entender que el riesgo de invalidez cubierto por el seguro era tanto el uno como el otro.

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que la interpretación realizada por la sentencia recurrida es conforme con la jurisprudencia de que, en este tipo de pólizas de seguro de vida con garantía complementaria de incapacidad o invalidez, el siniestro viene determinado por la declaración administrativa de dicha situación y no por el acaecimiento de la enfermedad que la origina; (ii) que el siniestro no podía identificarse con el mero diagnóstico de la enfermedad invalidante porque, como razona la sentencia recurrida, según el tenor de la cláusula en cuestión era preciso que fueran "peritos médicos" quienes diagnosticaran la situación como irrecuperable; y (iii) que tanto la interpretación literal como la teleológica de la póliza avalan la realizada por la sentencia recurrida, pues según la pág. 14 del documento de condiciones generales, cuando el asegurado estuviera afiliado a la SS -como era el caso-, para poder reclamar la indemnización por invalidez era necesario que aportase el dictamen propuesta y la resolución del INSS.

Tercero.

El recurso debe ser estimado por las siguientes razones:

1.^a) La sentencia de esta sala 449/2013, de 10 de julio, que el tribunal sentenciador toma como referencia, versa en realidad sobre un caso de nulidad del seguro por haber ocurrido ya el siniestro en la fecha de suscripción de la póliza.

2.^a) En cambio, la sentencia 100/2011, de 2 de marzo, y el auto de 8 de abril de 2014 (recurso n.º 1538/2013), que también cita la sentencia recurrida como resoluciones invocadas por la aseguradora demandada, entonces apelante, se cuidan de advertir que la exigencia de declaración administrativa de invalidez, como regla general para considerar realizado el riesgo asegurado, puede tener excepciones derivadas de las cláusulas de la propia póliza, cuya interpretación en esos casos no fue planteada en casación.

Por su parte la sentencia 372/1996, de 16 de mayo, citada por la de 2011, trata de un caso de sucesión de pólizas colectivas, y razona que cuando se extinguió una de ellas no se sabía si las enfermedades comunes iban a desembocar en invalidez, de modo que no cabe identificar esta con "la iniciación de la enfermedad".

3.^a) En el presente recurso el asegurado demandante sí ha planteado correctamente, citando como infringido el art. 1288 CC y la jurisprudencia que lo interpreta, especialmente en materia de contrato de seguro, y analizando el verdadero sentido de las sentencias invocadas por la aseguradora demandada en su recurso de apelación, que una interpretación de la definición de invalidez en la póliza que suscribió con la aseguradora demandada lleva a

concluir que no era imprescindible la declaración administrativa de invalidez para que se entendiera producido el siniestro, ya que bastaba con el diagnóstico de su enfermedad como irreversible.

4.ª) Pues bien, con arreglo a la doctrina jurisprudencial de esta sala sobre el art. 1288 CC, y más aún en su aplicación al contrato de seguro (p.ej. sentencias 152/2019, de 13 de marzo, 158/2011, de 23 de marzo, y 347/2009, de 18 de mayo), tiene razón el asegurado recurrente, porque la póliza define como "irreversible y consolidada" no solo la "incapacidad Permanente Absoluta" determinada "por el Organismo competente", sino también, en el párrafo anterior, "la situación proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas cualquiera que sea la causa, siempre que el diagnóstico de esta situación sea considerado irrecuperable por los peritos médicos", diagnóstico que según el informe del Institut Català de la Salut de fecha 3 de octubre de 2014 se emitió, calificando la situación de "consolidada i irreversible", en julio de 2013, esto es, antes del primer impago de uno de los dos recibos, que no se produjo hasta el mes de diciembre de ese mismo año 2013.

5.ª) En definitiva, la circunstancia de que el último párrafo de la definición de invalidez en la póliza considerase "igualmente" como invalidez "el dictamen por el Organismo competente de una incapacidad Permanente Absoluta" no puede interpretarse en contra del asegurado como si el párrafo anterior fuera irrelevante sino, muy al contrario y conforme a la jurisprudencia de esta sala sobre el art. 1288 CC, como alternativa de la cobertura ya establecida en el párrafo anterior y fundada no en el dictamen del Organismo competente sino en el diagnóstico de la enfermedad como "irrecuperable".

Cuarto.

La estimación del recurso comporta la casación total de la sentencia recurrida para, en su lugar, confirmar íntegramente la de primera instancia, incluidos sus pronunciamientos sobre intereses del art. 20 LCS y costas, impugnados en su día en apelación por la aseguradora demandada, porque la oscuridad del contrato imputable a la propia aseguradora no puede considerarse causa justificada para no pagar al asegurado ni creadora de dudas de derecho que exceptúen la aplicación del principio general del vencimiento establecido en el art. 394.1 LEC.

Quinto.

Conforme al art. 398.2 LEC no procede imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación, y conforme al apdo. 1 de ese mismo artículo en relación con el art. 394.1 de la misma ley, procede imponer a la aseguradora demandada las costas de la segunda instancia, ya que su recurso de apelación tenía que haber sido totalmente desestimado.

Sexto.

Conforme a la d. adicional 15.ª. 8 LOPJ, procede devolver al recurrente el depósito constituido.

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 por el demandante D. Segismundo contra la sentencia dictada el 22 de febrero de 2018 por la sección 19.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona en el recurso de apelación n.º 807/2016.

2.º- Casar la sentencia recurrida, dejándola sin efecto, para, en su lugar, confirmar la de primera instancia, incluidos sus pronunciamientos sobre intereses del art. 20 LCS y costas.

3.º- No imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación e imponer a la aseguradora demandada-apelante las costas de la segunda instancia.

4.º- Y devolver al recurrente el depósito constituido.

Librese a la mencionada Audiencia la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de apelación remitidos.

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.