

**JDO. DE LO SOCIAL N. 1
MURCIA**

SENTENCIA: 00260/2013

UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO

AVD. COLEGIO DE PROCURADORES DE MURCIA, S/N - CIUDAD DE LA JUSTICIA - CP. 30011
MURCIA

Tfno: 968-817089

Fax: 968

NIG: 30030 44 4 2011 0005902

N02700

Nº AUTOS: PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000578 /2011

DEMANDANTE/S: [REDACTED]

ABOGADO/A: [REDACTED]

PROCURADOR:

GRADUADO/A SOCIAL:

DEMANDADO/S: [REDACTED] S.A, ADMINISTRACION
CONCURSAL DE [REDACTED] S.A. , [REDACTED] S.A.

ABOGADO/A: , , ,

PROCURADOR: , , ,

GRADUADO/A SOCIAL: , , ,

En MURCIA, a siete de Junio de dos mil trece.

D. RAMON ALVAREZ LAITA Magistrado/a Juez del JDO. DE LO SOCIAL N. 1 tras haber visto el presente PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000578 /2011 a instancia de D. [REDACTED], que comparece asistido del letrado D. [REDACTED] contra [REDACTED] S.A, representado por la letrada Doña [REDACTED], [REDACTED] S.A, representado por D. [REDACTED], ADMINISTRACION CONCURSAL DE [REDACTED] S.A., que no compareció pese a estar legalmente citado, [REDACTED] S.A., representado por el letrado D. [REDACTED],

, EN NOMBRE DEL REY, ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA 260

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- D. [REDACTED] presentó demanda de ORDINARIO contra [REDACTED] S.A, ADMINISTRACION CONCURSAL DE [REDACTED] S.A., en la que exponía los hechos en que fundaba su pretensión, hacía alegación de los fundamentos de derecho que entendía aplicables al caso y finalizaba con la súplica de que, tras su legal tramitación se dicte sentencia en la que se acceda a lo solicitado en el suplico de la demanda.



SEGUNDO.- Que admitida a trámite la demanda, se ha celebrado juicio con el resultado que obra en las actuaciones.

TERCERO.- En la tramitación de estos autos se han observado todas las prescripciones legales.

HECHOS PROBADOS

PRIMERO.- El actor, [REDACTED], trabajó por cuenta y orden de la empresa demandada "[REDACTED] S.A" C.I.F: [REDACTED], dedicada a la actividad de fabricación de pasta papelera, con antigüedad de 1-6-1991 y categoría/puesto de trabajo de Operador de Máquina.

SEGUNDO.- El artículo 16 del Convenio Colectivo Estatal de "Pastas, Papel y Cartón" (BOE 30-1-2008), establece que "en las empresas adheridas al presente Convenio Colectivo existirá un seguro colectivo, que cubrirá los riesgos siguientes, con las indemnizaciones que se detallan... letra E) Incapacidad Permanente Absoluta por Enfermedad Común o Accidente no Laboral: 15.000€. La empresa codemandada, en cumplimiento de la anterior norma convencional, ha tenido suscrita póliza de convenio, sucesivamente, con las dos Aseguradoras frente a las que se dirige la presente demanda, para cubrir, entre otras, la contingencia de Incapacidad Permanente Absoluta, derivada de Enfermedad Común. Así tuvo cubierta la citada contingencia: a) Con la Compañía "[REDACTED]" (póliza [REDACTED]), desde diciembre de 2008 (antes tuvo cobertura con [REDACTED] desde 1991), hasta enero de 2010, b) Con la Compañía [REDACTED] (Póliza [REDACTED]), por periodo 31-1-2010 a 31-1-2011, renovada por periodo 31-1-2011 a 31-1-2012.

TERCERO.- El Sr. [REDACTED] inició un proceso de Incapacidad temporal en fecha 5-10-2009, situación en la que permaneció hasta que, incoado por el INSS el expediente de invalidez, y tras ser reconocido por el Equipo de Valoración de Incapacidades, fue calificado en situación de Incapacidad Permanente Absoluta por Resolución de la Entidad Gestora, de fecha 21-2-2011, con efectos desde 2-2-2011.

CUARTO.- El actor ha intentado el cobro de la indemnización, de forma amistosa, habiendo tenido conversaciones con la empresa codemandada.

QUINTO.- En las condiciones generales y particulares de la póliza, que no están firmadas por la empresa, figura relleno con un "no", mediante impresión mecánica por ordenador, las casillas "¿Hay personas en situación de enfermedad grave y/o permanente mutilaciones o defecto físico en el día de la fecha? Y "¿Hay personas en situación de incapacidad temporal en el día de la fecha?. La empresa para acreditar los trabajadores asegurados entrega a la aseguradora los TC1 y TC2.

FUNDAMENTOS DE DERECHO



PRIMERO.- Se articula por el actor demanda en solicitud del abono de la prestación complementaria de Convenio para el caso de la declaración de invalidez en la que ha recaído. Se opone la empresa que afirma que el riesgo estaba cubierto por las aseguradoras [REDACTED] y [REDACTED] sucesivamente, niega haber suscrito cláusulas limitativas del riesgo. La aseguradora [REDACTED] afirma que a la fecha del hecho causante su póliza ya no estaba vigente, siendo la responsabilidad de la sucesora. La aseguradora [REDACTED] sostiene que la enfermedad se había desencadenado antes del aseguramiento, estando vigente la póliza con su antecesora, añade que la empresa no declaró la existencia de la baja por enfermedad del trabajador, para lo cual señala las condiciones generales y particulares, añade que la cláusula "objeto" descarta la cobertura de los trabajadores en estado de incapacidad. Se practicó prueba documental y de interrogatorio.

SEGUNDO.- El Tribunal Supremo, en Sentencia de 14 de abril de 2010 señala que, "en los supuestos de mejoras voluntarias derivadas de enfermedad común la doctrina tradicional que se refleja, entre otras muchas, en la STS/IV 30-abril-2007 y en las que ellas se citan, en las que se establece: a) Como regla, que para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora (como ahora acontece), para determinar la fecha del hecho causante (HC) de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono, ha de acudirse a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI. b) Como excepción, que la fecha del HC puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles. El hecho de que el actor tuviera diagnosticado un cáncer con anterioridad a la suscripción de la póliza no supone que constituyan unas secuelas permanentes e irreversibles. Fue la evolución posterior la que evidenció el carácter definitivo de la incapacidad para el trabajo, enfermedad e invalidez, no son sinónimos.

TERCERO.- El Tribunal Supremo en sentencia de 13-5-04 entiende que no pueden confundirse las obligaciones que nacen del convenio colectivo y vinculan a la empresa y sus trabajadores, con las que dimanarían del contrato de seguro. El convenio impone a la empresa la obligación de concertar un seguro que cubra todas las contingencias que se enumeran. Pero ello no impide al empresario, en uso de la libertad contractual que le reconoce el art. 1.255 del C. Civil, incumplir ese mandato y formalizar con la compañía aseguradora -que no está incluida en el ámbito de aplicación del Convenio Colectivo y por tanto no está obligada a cumplir sus previsiones- un contrato que dispense menor o distinta protección que la pactada en el Convenio, sin perjuicio de que en tal caso, sea el propio empresario directamente el que deba responder ante sus trabajadores. Revisadas las actuaciones y especialmente la póliza suscrita este tribunal concluye que efectivamente la exclusión de la garantía a los supuestos en que la invalidez no exceda del porcentaje del 50 % constituye una cláusula limitativa de los derechos del asegurado y no una cláusula delimitadora del riesgo asegurado, infringiendo lo dispuesto en el artículo 3 de la LCS en cuanto no se encuentra



destacada especialmente ni esta aceptada por escrito por el asegurado cuya consecuencia es su ineficacia. La póliza, apartado objeto del seguro, define las garantías y capitales contratados, describiendo las coberturas, señalando como asegurados a los que figuren en los Tc1 y en los TC2 no encontrarse en situación, entre otras, de incapacidad temporal, por lo que la previsión contenida en la página ni esta destacada ni se encuentra expresamente aceptada por el asegurado, por lo que no cumple los requisitos legales para la aplicación de exclusiones y limitaciones del riesgo asegurado. Se destaca la sentencia del TS, Sala 1ª, de 02-02-2001, rec. 94/1996, que define la diferencia entre las cláusulas limitativas del riesgo y la de los derechos de los asegurados: La falta de la suscripción expresa de la póliza no atribuye eficacia a las cláusulas expresadas, por lo que viene a aplicar a las mismas el tratamiento que para las cláusulas limitativas o lesivas de los derechos de los asegurados establece el art. 3 LCS, cuya preceptiva se resume por la jurisprudencia en una doble exigencia: necesidad de que sean destacadas de modo especial y estar específicamente aceptadas por escrito. Frente a ello se argumenta por la Compañía de Seguros recurrente con la distinción entre cláusulas que delimitan el objeto y el ámbito del seguro, entre las que figuran las que definen el riesgo y las que determinan el alcance económico, y las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado, las cuales operan para restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido (S. 16 octubre 2000), o, como dice la doctrina, recortar la posición jurídica que, de acuerdo con lo establecido en la Ley, tendría el asegurado de no haberse pactado precisamente tal cláusula. La diferencia fundamental entre ambas es que mientras para las primeras basta que estén destacadas y aceptadas de forma genérica, por lo que es suficiente el consentimiento general del tomador en orden a la conclusión del contrato para la validez y consiguiente oponibilidad, en cambio las lesivas de los derechos del asegurado requieren la aceptación específica y suscripción. Y, por consiguiente, en la consideración de que la estipulación aquí controvertida no tiene el carácter de limitativas se pretende que no queden sujetas al régimen jurídico especial del art. 3 LCS. Mas aun cuando se reconoce en el interrogatorio que la empresa acreditó su contingente laboral mediante los impresos de cotización, donde obligatoriamente queda claro los trabajadores que están en alta y aquellos que figuran en baja médica, en el momento que se emite, por lo que la empresa debiera tener conocimiento de que el trabajador estaba en I.T.; que, a su vez, no hay constancia de que la empresa fuera quien rellenara la declaración sobre personas en situación de I.T., mas aun cuando indudablemente se hizo mediante medios mecánicos (ordenador), habiendo sido proporcionada la póliza por la aseguradora. En definitiva corresponde a la aseguradora [REDACTED] cubrir el riesgo que aseguro, por corresponderse al contenido de la póliza, haberse asegurado el riesgo, haberse producido el evento durante su vigencia y no ser aplicable una cláusula limitativa que no consta aceptada por la empresa, ni consta realizada por ella la declaración que se opone a lo consignado en los boletines de cotización que la misma proporciono a la aseguradora al momento de la contratación.



Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación,

FALLO

Que estimando la demanda interpuesta por Don [REDACTED] contra la aseguradora [REDACTED] S.A. debo condenar y condeno a la misma al pago al actor de la cantidad de 15.000 euros; y que debo absolver y absuelvo a la empresa [REDACTED] S.A., en situación de concurso, y a [REDACTED].

Notifíquese a las partes, haciéndoles saber que en aplicación del mandato contenido en el artículo 53.2 de la LJS, en el primer escrito o comparecencia ante el órgano judicial, las partes o interesados, y en su caso los profesionales designados, señalarán un domicilio y datos completos para la práctica de actos de comunicación. El domicilio y los datos de localización facilitados con tal fin, **surtirán plenos efectos y las notificaciones en ellos intentadas sin efecto serán válidas** hasta tanto no sean facilitados otros datos alternativos, siendo **carga procesal de las partes** y de sus representantes **mantenerlos actualizados**. Asimismo deberán comunicar los cambios relativos a su número de teléfono, fax, dirección electrónica o similares, siempre que estos últimos estén siendo utilizados como instrumentos de comunicación con el Tribunal.

Advierto a las partes que:

- Contra esta sentencia pueden **anunciar Recurso de Suplicación** ante el Tribunal Superior de Justicia de MURCIA y por conducto de este JDO. DE LO SOCIAL N. 1 en el plazo de **cinco días** desde la notificación de esta sentencia.

- En ese momento deberán designar Letrado o Graduado Social colegiado que se encargará de su defensa en la tramitación del recurso que anuncia.

- En el caso de que quien pretendiera recurrir no ostentara la condición de trabajador o beneficiario del régimen público de Seguridad Social, o no gozase del beneficio de justicia gratuita o no estuviese en alguna de las causas legales de exención, deberá, al momento de anunciar el recurso y en el plazo de cinco días señalado, **consignar** la cantidad objeto de condena o formalizar aval solidario de duración indefinida y pagadero a primer requerimiento emitido por entidad de crédito por esa cantidad en el que se haga constar la responsabilidad solidaria del avalista; y que al momento de anunciar el Recurso de Suplicación, deberá acompañar resguardo acreditativo de haber **depositado** la cantidad de **300 euros**, en



la cuenta de este órgano judicial abierta en la Entidad Bancaria BANESTO, S.A., sucursal PRINCIPAL cuenta nº 3092-0000-67-0578-11, debiendo hacer constar en el campo observaciones la indicación de depósito para la interposición de recurso de suplicación.

Así por esta Sentencia, lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN: En la misma fecha fue leída y publicada la anterior resolución por el Ilmo. Sr. Magistrado que la dictó, celebrando Audiencia Pública. Doy fe.

