

Declaración del riesgo y enfermedades anteriores a la contratación de un seguro

Comentario a la STS, 1ª, de 31.12.2003, a partir de la nueva jurisprudencia del año 2004

Begoña Arquillo Colet

Abogada
Bufet Castellort

263

Abstract

El Tribunal Supremo dictó hace un año la STS, 1ª, 31.12.2003 (Dª Mariana contra Nationale-Nederlanden, Compañía de Seguros de Vida, S.A.; Magistrado Ponente: D. Francisco MARÍN CASTÁN), una de las Sentencias más relevantes sobre el alcance del deber de declaración del riesgo a las aseguradoras y la interpretación de una cláusula incluida en numerosas pólizas de seguro: la exclusión de enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la contratación de la póliza. La evolución jurisprudencial que ha motivado dicha Sentencia, que se analiza un año después a partir de otras resoluciones dictadas en el año 2004 (de las cinco más recientes sobre la materia, cuatro son favorables al asegurado), justifica el interés de realizar este comentario.

Sumario

- 1. Los antecedentes de hecho**
- 2. El deber precontractual de declaración del riesgo a la compañía aseguradora. El Cuestionario de Salud**
- 3. La exclusión de enfermedades anteriores por la póliza de seguro. Su consideración como cláusula limitativa de los derechos del asegurado**

1. Los antecedentes de hecho

D^a Mariana tenía concertado un Plan de Jubilación con la entidad *Nationale-Nederlanden, Compañía de Seguros de Vida, S.A.*, cuyos efectos se iniciaban el 1.5.1991 y su vencimiento se producía el 1.5.2012. Consta en la relación de hechos probados que D^a Mariana era una persona con un nivel cultural bajo y que el Cuestionario de Salud había sido rellenado por el agente de seguros, D. Clemente.

En fecha 20.6.1992, la asegurada inició una situación de Incapacidad Laboral Transitoria por enfermedad común, y por resolución del INSS de 16.12.1993 fue declarada en situación de Invalidez Permanente Total, debido a una espondilitis anquilosante. Aunque dicha enfermedad fue diagnosticada a mediados del año 1992, la sintomatología consistente en dolores lumbares y artritis se inició 15 años antes.

La asegurada procedió a reclamar contra su compañía aseguradora que rechazó el siniestro alegando que el artículo 3, apartado 1, de las "Condiciones Especiales" de la póliza establecía que: "[l]a compañía no garantiza la exención del pago de primas cuando la incapacidad del asegurado, en todo o en parte, sea consecuencia directa o indirecta de: 1. Defecto físico o mental preexistente en la fecha de eficacia de la póliza [...]". La compañía aseguradora también alegó que si hubiera conocido esa enfermedad no habría realizado el contrato con las garantías de "Invalidez y Exención del Pago de primas".

La demanda presentada por D^a Mariana, en fecha 12.9.1996, solicita que se declare que el Plan de Jubilación es perfecto, válido y se encuentra vigente; que se declare el derecho a ser eximida del pago de las primas pactadas al ser declarada en situación de Incapacidad Permanente Total, con efectos a partir del día 31.5.1994; que se declare su derecho a percibir la cantidad de 1.202,02 € anuales desde el 31.5.1994 hasta el 15.12.2011; y que se restituyan las cantidades satisfechas como prima básica desde el 31.5.1994, además de los intereses legales desde la presentación de la demanda.

La **Sentencia del Juzgado de 1^a Instancia núm. 1 de Manacor 23.9.1996** desestima la demanda porque entiende que la demandante incurrió en dolo al ocultar en el Cuestionario de Salud los episodios graves de reumatismo que la llevaron a padecer una espondilitis anquilosante.

En cambio, la **SAP de Baleares, Sección 3^a, 15.12.1997** estima el recurso de apelación interpuesto por la representación de D^a Mariana: entiende que no existe dolo ni culpa grave de la asegurada / tomadora de la póliza porque se limitó a firmar un Cuestionario rellenado por un agente, y que la compañía aseguradora no había practicado ninguna prueba pericial para probar que la enfermedad diagnosticada con posterioridad a la suscripción del seguro y causante de la Invalidez derivara necesariamente de las anteriores dolencias de la asegurada.

El Tribunal Supremo en la **STS, 1^a, 31.12.2003**, desestima íntegramente el recurso de casación interpuesto por la compañía aseguradora.

2. El deber precontractual de declaración del riesgo a la compañía aseguradora. El Cuestionario de Salud

Uno de los motivos de casación utilizados por la compañía aseguradora ante el Tribunal Supremo era que existía un incumplimiento de las obligaciones de la asegurada/tomadora del seguro: una infracción del deber precontractual de declaración del riesgo previsto en el art. 10 de la *Ley de Contrato de Seguro*:

“El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la declaración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. [...] Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación”.

Este deber se deriva de la existencia de una **información asimétrica** entre las partes en un contrato de seguro. La persona que contrata una póliza de seguro tiene una obligación de facilitar información, en los términos que establece la Ley y en la medida en que es requerida para ello, ya que el asegurador debe procurarse la información necesaria que le permita concretar y valorar el riesgo que asume.

En la práctica, las entidades aseguradoras cuidan más o menos su exigencia de información en función de la cantidad asegurada: a título de ejemplo, en la mayoría de seguros sólo se exige que el tomador rellene un Cuestionario de Salud; no obstante, en algunos casos en que la cuantía asegurada supera los 120.202,42 €, algunas compañías aseguradoras solicitan informes médicos, reconocimiento médico, prueba del virus del VIH, prueba de esfuerzo, etc.

El asegurador confía en la descripción del riesgo que le ofrece la otra parte, pero ello no conlleva necesariamente que no esté obligado a pagar la indemnización en el caso de que la información facilitada no se corresponda totalmente con la realidad. **La liberación del asegurador sólo se produce si el tomador del seguro incurre en una inexactitud en el Cuestionario de Salud y si se prueba que lo ha realizado con dolo o culpa grave.** La prueba de todos estos elementos corresponde al asegurador.

Debe tenerse en cuenta que la liberación del asegurador es una sanción considerablemente grave para el asegurado. Recordemos que la *Ley de Contrato de Seguro* la aplica restrictivamente: a título de ejemplo, el art. 16 de la *Ley de Contrato de Seguro*, que prevé el deber del asegurado de facilitar al asegurador las informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, también dispone que *“en caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave”*.

En otro orden de cosas, no se analiza con detalle la infracción del art. 11 de la *Ley de Contrato de Seguro* – ya que no ha sido alegada en la Sentencia comentada–, aunque dicho precepto también está relacionado con los deberes de información de las partes. Concretamente, el art. 11 prevé que *“[e]l tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas”*.

En este caso, por tanto, la falta del deber de declaración se produce durante la relación jurídica contractual, puesto que ocurren hechos nuevos que alteran las circunstancias que sirvieron de base para la primera declaración. Este precepto no prevé expresamente la liberación del asegurador en este caso.

Con carácter previo, la Sentencia comentada destaca que la infracción del deber de declaración del riesgo requiere, según la literalidad legal, **la entrega del cuestionario y se refiere siempre a las preguntas concretas planteadas.**

Las muestras más recientes de esta acertada jurisprudencia son: la STS, 1ª, 3.10.2003, que declara la ausencia de dolo o culpa grave en la declaración del riesgo en el seguro, puesto que la pregunta de los aseguradores era si el asegurado sufría una enfermedad grave y no está acreditado que la enfermedad padecida (diabetes) fuera grave ni que fuera la causa del daño sufrido; y la STS, 1ª, 11.11.2003 que apunta que la existencia de una hipertensión arterial no formaba parte de las preguntas utilizadas por la compañía aseguradora en el Cuestionario.

Por todo ello, para valorar la existencia de una inexactitud en la declaración del riesgo es imprescindible conocer el contenido del Cuestionario de Salud, así como las respuestas ofrecidas. El art. 5 de la *Ley de Contrato de Seguro* sólo obliga al asegurador a “entregar al tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional”, sin que la norma legal haga ninguna referencia expresa a la obligación de entregar una copia de la Declaración de Salud cumplimentada, en el caso de que el tomador del seguro lo solicite. Así, normalmente el Cuestionario suele quedar en poder del asegurador, sin que el tomador del seguro o el asegurado conserven copia del mismo. Sería deseable, para una adecuada tutela del consumidor de seguros, que junto a la documentación contractual se acompañase copia de dicho Cuestionario suscrito. Existen varias opciones para reclamarlo en el caso de que el asegurado o el beneficiario de la póliza quisieran presentar una demanda judicial contra el asegurador. Una de ellas es realizar una solicitud de diligencias preliminares (arts. 256 y ss. de la Ley 1/2000, de 7 de enero, *de Enjuiciamiento Civil*), mediante la que se solicite a la compañía aseguradora que exhiba el documento.

Un primer extremo que analiza la Sentencia comentada para determinar si existe o no dolo o culpa grave de la asegurada es **la relevancia de la persona que rellena materialmente el Cuestionario de Salud**, aunque sea el tomador del seguro quien lo firme. La cuestión no es baladí: en los Planes de Jubilación o, aún más frecuentemente, en las pólizas de seguro de vida relacionadas con préstamos hipotecarios, el supuesto más habitual es que el Cuestionario de Salud sea relleno por el propio mediador de la compañía aseguradora o por los delegados de las oficinas bancarias (en el caso de que en el Cuestionario las respuestas no se consignen con simples cruces, sino que se escriba alguna observación, una simple prueba caligráfica puede servir para acreditar el anterior extremo). Hasta ahora no se consideraba muy relevante que el Cuestionario no fuera cumplimentado materialmente por el tomador del seguro (entendiendo que el mediador de seguros lo rellenaba según las manifestaciones verbales del tomador), véase la STS, 1ª, 24.6.1999 y la STS, 1ª, 15.10.2003.

En cambio, la Sentencia comentada indica que debe tenerse en cuenta como extremo relevante el conocimiento o proximidad entre la persona que rellena el Cuestionario y el tomador del seguro, el grado de instrucción de éste último, y que el hecho de que el Cuestionario no sea relleno por el tomador equivale a una “falta de presentación del Cuestionario”. Igualmente, en la STS, 1ª, 12.4.2004 el Tribunal Supremo declara la ausencia de dolo en la conducta del asegurado que se limitó a firmar los documentos redactados por el agente intermediario de la aseguradora, que

gozaba de toda su confianza. El argumento parece indicado para paliar algunos abusos de las compañías aseguradoras en la contratación con los asegurados, pero puede incentivar a que el asegurado oculte información: le bastará con indicar un defecto formal, que él no rellenó el Cuestionario, aunque hubiera facilitado la información necesaria para rellenarlo.

En segundo lugar, la Sentencia comentada también declara que es importante **la forma en que se presenta el Cuestionario** (si es una redacción de preguntas separadas o un boletín de adhesión) **o el modo en que pueda estar redactado su contenido**. Hace años que la jurisprudencia destaca la importancia de la redacción del Cuestionario (que delimita el deber de declaración del riesgo), pero en el caso de la Sentencia comentada se alega que la vaguedad de su redacción y el hecho de que en sus preguntas se combinaran varias enfermedades, sin un criterio determinado, permite considerar que el Cuestionario era un mero formalismo.

Es importante destacar que, en la práctica, los Cuestionarios de Salud contienen redacciones muy diversas: por ejemplo, algunos de ellos se limitan a consultar si *“¿ha sufrido alguna enfermedad grave?”*; otros concretan mucho más los supuestos con preguntas del siguiente tenor: *“¿Ha sufrido o sufre usted alguna enfermedad o afección de carácter crónico? (Por ejemplo, afecciones de corazón, de riñón, de las vías respiratorias o del sistema circulatorio, hipertensión sanguínea, tumores, cáncer, accidentes cerebrovasculares, afecciones en los ojos [miopía con más de 8 dioptrías] o del oído, alteraciones mentales o nerviosas, diabetes, afecciones del hígado, alteraciones del colesterol, triglicéridos o enfermedades infecciosas)”*.

Con todo, hay una Sentencia que recientemente modifica en parte, y con buen criterio, esta línea seguida por la **STS, 1ª, 31.12.2003**: la **STS, 1ª, 31.5.2004**, que es precisamente una de las pocas sentencias del año 2004 negativa para el asegurado. Esta Sentencia declara la omisión dolosa por el tomador de sus enfermedades en la Declaración de Salud, impresa en la solicitud de seguro. El Tribunal Supremo, en esta ocasión, considera que esta breve declaración es equiparable al Cuestionario.

Otro extremo relevante es **el conocimiento que tiene el interesado de su salud en el momento de la declaración o incluso el modo en que la valora**, es decir, qué percepción se deduce que puede tener el asegurado de su propia enfermedad.

El lector conocedor de esta tema recordará que ya la **STS, 1ª, 31.12.2002** declaró la ausencia de dolo del asegurado que ocultó su epilepsia: el Tribunal Supremo declara que quien padece epilepsia puede considerar que no es una enfermedad grave, puesto que se manifiesta en brotes esporádicos, y que no tiene por qué influir en el riesgo asegurado. Esta Sentencia es criticable, puesto que si consultamos a un médico nos asegurará que cualquier paciente de epilepsia tiene la conciencia de que se trata de una enfermedad grave, dada la entidad de esta dolencia.

La Sentencia comentada destaca que **no es exigible a la asegurada que conociera que sus dolencias acabarían en una enfermedad incurable**; en definitiva, que no se está obligado a declarar las dolencias anteriores si no existe una enfermedad diagnosticada. Este argumento contrasta vivamente con el de alguna Sentencia anterior, como el de la **STS, 1ª, 15.10.2003** que no estima la demanda del asegurado por considerar que incurrió en dolo al no informar a la aseguradora de una prueba especial que se le había practicado con anterioridad y un ingreso

hospitalario durante un período de tiempo relevante, lo que indica la falta de colaboración del asegurado.

La idea sostenida por la STS, 1ª, 31.12.2003 ya ha sido ratificada de nuevo en el año 2004. En la STS, 1ª, 21.4.2004, en un supuesto debatido (ya que en primera instancia se estimó la demanda pero la Audiencia Provincial estimó el recurso de la compañía aseguradora), el Tribunal Supremo considera que las omisiones no son relevantes para dar lugar a la nulidad de la póliza y que la enfermedad fue diagnosticada después de rellenado el Cuestionario (la lumbociática se declaró con posterioridad, aunque el asegurado había tenido dolencias con anterioridad). Por ello, no constituye dolo la actuación del asegurado que omite la dolencia en el Cuestionario: no es preciso manifestar a la compañía aseguradora el riesgo de una futura enfermedad, sino sólo el padecimiento actual o anterior de una enfermedad médicamente diagnosticada. La reciente STS, 1ª, 7.6.2004 también considera que no existe dolo en un supuesto de hecho similar.

La importancia de la fecha del diagnóstico y de la contratación del seguro viene reafirmada por la STS, 1ª, 19.2.2004 en que se estima la demanda de la asegurada en un caso de seguro de vida, en relación con un préstamo hipotecario. En este caso, el Tribunal Supremo considera que la fecha de concertación del seguro (que determinaba si el asegurado actuaba o no con dolo) no es la de la proposición del seguro ni la del Cuestionario de Salud –más próxima a la aparición de la enfermedad que produjo la muerte del asegurado-, sino la de la escritura de préstamo, momento en el que aún no se había manifestado dicha enfermedad.

La jurisprudencia expuesta contrasta con toda una jurisprudencia anterior que se había mostrado bastante dura con el asegurado, y que valoraba la ocultación de elementos o circunstancias decisivas para una correcta valoración del riesgo, aunque el tomador del seguro ignorase el alcance exacto de esas circunstancias (jurisprudencia bien representada por la STS, 1ª, 2.4.2001, en un caso en que el asegurado no declaró unas dolencias, que derivaron en una enfermedad cancerígena).

Por último, otro factor interesante, aunque no se plantea directamente por la Sentencia comentada, es la existencia de una omisión de una enfermedad previa, que podía influir en la valoración del riesgo, pero que no influyó en la causa que produjo la muerte del asegurado (precisamente, éste es uno de los supuestos en que los Letrados particulares de los asegurados, en la negociación previa a la posible presentación de una demanda judicial, intentan transar un porcentaje con la compañía aseguradora). En este sentido, la STS, 1ª, 12.4.2004 aplica una reducción de la prestación a cargo de la aseguradora porque *“esas omisiones sí deberían tenerse en cuenta para que las patologías a que se refieren, fueran excluidas del seguro, y ofertar un importe distinto de la prima del mismo, así como en su caso, posiblemente el del capital asegurado”* (FJ 4). El Voto Particular formulado por el Magistrado Xavier O'CALLAGHAN MUÑOZ considera, en cambio, que no procede ni siquiera la reducción, puesto que la compañía no había probado que la ocultación de una circunstancia (una previa operación quirúrgica) influyera en la evaluación del riesgo.

3. La exclusión de enfermedades anteriores por la póliza de seguro. Su consideración como cláusula limitativa de los derechos del asegurado

Otro de los motivos alegados por la compañía aseguradora ante el Tribunal Supremo en la Sentencia comentada fue la infracción del art. 1 de la *Ley de Contrato de Seguro*: “[e]l contrato de

seguro es aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas". Concretamente, el motivo defendía que la aleatoriedad es una característica esencial del contrato de seguro y que el hecho excluido ya había acaecido al contratarse el seguro litigioso, aunque no hubiera sido reconocido todavía por el INSS.

El Tribunal Supremo deniega el motivo porque entiende que la aseguradora no ha probado que la enfermedad diagnosticada con posterioridad derivara necesariamente de las anteriores dolencias de la asegurada, argumento perfectamente correcto. Pero el Tribunal Supremo va más allá y alega que el motivo de casación conlleva un desconocimiento de **la aleatoriedad del seguro** puesto que:

"nunca podría aceptarse una interpretación de las referidas exclusiones que condujera a entender aseguradas en verdad únicamente la incapacidad y la invalidez causadas por accidente, ya que difícilmente la enfermedad invalidante de una persona mayor de cuarenta años puede haber sido totalmente asintomática con anterioridad [...]. En definitiva, la asimilación de "defecto físico o mental" a cualquier dolor, dolencia o síntoma no caracterizado como enfermedad invalidante equivaldría a desequilibrar por completo los planes de jubilación a favor de las aseguradoras, que paradójicamente "jugarían sobre seguro" y no aleatoriamente, al concertarlos con personas de edad superior a aquélla en que comienzan los procesos degenerativos normales del cuerpo humano, personas que lógicamente son las más proclives a contratar esos planes" (FJ 4 de la Sentencia comentada).

El argumento del Letrado de la compañía aseguradora ha sido utilizado con frecuencia por los aseguradores: la previsión del contrato que determina que quedan excluidas de cobertura las enfermedades cuyo origen sea anterior a la suscripción de la póliza tienen la finalidad de preservar el principio de incertidumbre acerca de la producción del siniestro, en virtud del art. 4 de la *Ley de Contrato de Seguro*, (si la situación se basa en una enfermedad subyacente, no estamos ante un hecho futuro o incierto cuando se contrata la póliza): "[e]l contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro". El momento relevante es el de la causa que desencadena el siniestro: ello será importante, por ejemplo, en el supuesto de un daño continuado, es decir, de aquel que se produce o extiende sus efectos lesivos durante un período de tiempo ininterrumpido desde el origen de la primitiva causa desencadenante del mismo (véase la *STS, 1ª, 20.7.2001*, daños a inmueble por obras en finca colindante, la *STS, 1ª, 22.12.2001* o la *STS, 1ª, 14.6.2002*, con supuestos de hecho parecidos al de la primera sentencia citada). No obstante, no está tan claro cuál sería ese momento en los seguros de personas y en relación con las enfermedades padecidas.

Aunque el Fundamento Jurídico de la Sentencia comentada pueda tener sentido desde el punto de vista de protección a un asegurado que suscribe un Plan de Jubilación conviene valorar las consecuencias de esta argumentación.

Precisamente en las pólizas de asistencia sanitaria, enfermedad, o vida que se utilizan en el mercado español de seguros, las exclusiones de las enfermedades anteriores a la suscripción de la póliza de seguro e, incluso, la exclusión de enfermedades de etiología que no sea adquirida (por tanto, de etiología congénita) es una práctica habitual. Si no es así, algunas de estas pólizas contienen períodos de carencia (es decir, prevén el transcurso de un período de tiempo previo hasta que no se inicia la cobertura), todo ello con la finalidad de que el asegurador no contrate seguros no deseados. Es cierto que algunas de estas cláusulas pueden ser abusivas (es

especialmente criticable, por ejemplo, la exclusión de enfermedades de etiología congénita, aunque este origen no sea conocido por el asegurado, en los seguros de asistencia sanitaria, ya que puede reducir drásticamente el volumen de asistencia prestada) pero muchas otras responden a la necesidad del asegurador de delimitar, separar y valorar los riesgos que contrata.

En segundo lugar, y de una manera muy relacionada con el punto anterior, la Sentencia comentada declara que la cláusula debatida que excluye la cobertura del seguro cuando la Invalidez o Incapacidad se deban a un *“defecto físico o mental”* anterior a la fecha de la póliza, es **una cláusula limitativa de los derechos del asegurado** que debe cumplir los requisitos del art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro: *“[s]e destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito”*.

Esta Sentencia es una muestra clara de las dificultades prácticas para distinguir las cláusulas de exclusión de cobertura, que delimitan el riesgo objeto del contrato (o, en otras palabras, delimitan el ámbito y la extensión del riesgo, son anteriores al nacimiento de los derechos y obligaciones de las partes en el contrato, y permiten fijar el importe de la prima) y las cláusulas que limitan los derechos del asegurado.

En este caso, se valora que la garantía que se contrata es la Invalidez y la exención del pago de las primas, y las circunstancias especiales, previstas por la póliza, que permiten considerar que no se cumple el concepto de *“Invalidez”* exigido, son cláusulas limitativas de los derechos del asegurado. Así, el argumento es, en un principio, acertado porque se adapta bien a la definición de cláusula limitativa (prevista por la STS, 1ª, 16.10.2000: *“la cláusula limitativa opera para restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido”*). Pero este argumento también es peligroso: no puede trasladarse dicho argumento automáticamente a todas las cláusulas de exclusión de enfermedades anteriores en todo tipo de pólizas (por ejemplo, la STS, 1ª, 13.7.2002 considera, con buen criterio, que es una cláusula delimitadora del riesgo la que excluye la cobertura de los gastos de asistencia sanitaria derivados de enfermedades diagnosticadas o accidentes sufridos dentro del período de vigencia de la póliza, cuando dichos gastos se produzcan después de la rescisión de la misma).

No puede olvidarse que la cobertura de un riesgo es la causa del contrato de seguro y predetermina las obligaciones del asegurador, lo que parece que olvida el Tribunal Supremo al calificar como cláusulas limitativas algunas cláusulas que delimitan claramente la cobertura, como ya ha realizado anteriormente en la STS, 1ª, 14.4.2001, exclusión de daños por la construcción de tuberías y cables subterráneos, la STS, 1ª, 8.7.2002 que califica como cláusula limitativa aquella que establece los riesgos y las mercancías excluidas de un seguro, y la STS, 1ª, 23.2.2004, en un seguro de accidentes.

En definitiva, consideramos que la loable intención del Tribunal Supremo de proteger al asegurado no puede permitir, en todos los casos, actuar en contra de un contrato privado, libremente concertado por las partes, y del que se deben respetar sus límites y sus fundamentos esenciales.