

Roj: STS 908/2016 - ECLI:ES:TS:2016:908  
Id Cendoj: 28079140012016100082  
Órgano: Tribunal Supremo. Sala de lo Social  
Sede: Madrid  
Sección: 1  
Nº de Recurso: 3136/2014  
Nº de Resolución:  
Procedimiento: SOCIAL  
Ponente: ANGEL ANTONIO BLASCO PELLICER  
Tipo de Resolución: Sentencia

### **SENTENCIA**

En la Villa de Madrid, a dieciocho de Febrero de dos mil dieciséis.

Vistos los presentes autos pendientes ante esta Sala, en virtud del recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto por D. Jacinto , representado y asistido por el letrado D. Javier Moreno Cardona, contra la sentencia dictada el 1 de abril de 2014 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en el recurso de suplicación núm. 5359/2013 , que resolvió el formulado contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 2 de Barcelona, de fecha 13 de abril de 2012 , recaída en autos núm. 851/2010, seguidos a instancia de D. Jacinto , contra D. Pio , D. Jose Carlos , HIALTRE 3000, S.L., D. Abelardo , D<sup>a</sup> Encarnacion , ZÚRICH ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. y el FONDO DE GARANTÍA SALARIAL, sobre CANTIDAD.

Ha sido parte recurrida ZÚRICH INSURANCE PLC, SUCURSAL EN ESPAÑA representado por la procuradora D<sup>a</sup> María Granizo Palomeque y bajo la dirección letrada de D<sup>a</sup> Blanca Valderrama Royo.

Es Magistrado Ponente el Excmo. Sr. D. Angel Blasco Pellicer,

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 13 de abril de 2012 el Juzgado de lo Social nº 2 de Barcelona dictó sentencia , en la que se declararon probados los siguientes hechos:

" **1º.-** Jacinto , nacido el NUM000 .1972, prestaba sus servicios como operario metalúrgico por cuenta de Hialtre 3000, S.L. (f. 311 a 315)

**2º.-** El día 13.09.2005 el actor sufrió un accidente de trabajo mientras estaba descargando unos perfiles metálicos de seis metros de largo desde la caja del camión de Hialtre 3000, S.L. en el centro de trabajo de una empresa cliente, a una altura de 1,5 metros, cuando las cintas de sujeción de los perfiles se rompieron, lo que hizo que se desequilibrase y cayese al suelo. El Sr. Jacinto sufrió fractura conminuta de la cabeza de radio en codo derecho y fue intervenido quirúrgicamente mediante artroplastia total de la cúpula radial con implante, quedando como secuelas limitación en los últimos grados de la flexo-extensión, pérdida leve de fuerza en codo y muñeca derechos y dolor a la actividad mecánica repetitiva (f. 290 a 308, 311 a 315)

**3º.-** La Inspección de Trabajo levantó acta de infracción a la empresa por falta grave al considerar que la causa del accidente fue "que las cuerdas, en su utilización normal, en la operación de anclaje de los perfiles cedieron, provocando la pérdida de estabilidad del operario, desplazándolo de forma incontrolada, y causando un riesgo para su seguridad". También apreció que la empresa había incumplido las obligaciones de "una evaluación inicial de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores... conjuntamente con la subsiguiente planificación de la actividad preventiva... y la de formación e información suficiente y adecuada a los trabajadores". La autoridad laboral ha confirmado la sanción (f. 305 a 308)

**4º.-** Por sentencia de 11.10.2007 del Juzgado de lo Social nº 18 de Barcelona se declaró al actor en situación de IPT para la profesión habitual, derivado de AT. Dicha sentencia fue confirmada por la de 9.07.2009 del TSJ Catalunya (f. 311 a 321)

5º.- Por resolución del INSS de fecha 27.03.2006 se declaró la existencia de responsabilidad empresarial de la entidad demandada por el accidente sufrido por el actor y fijó el recargo de prestaciones en un 30%. Por sentencia de 28.11.2006 se incrementó el recargo en un 50% (f. 305 a 308)

6º.- El importe del capital coste asumido por Mutua Fremap asciende a 140.957,30 euros (70%) y por la TGSS de 60.410,27 euros (30%). Por prestaciones de IT el actor ha percibido de Mutua Fremap la cantidad de 6.660,80 euros (f. 435, 437)

7º.- El actor ha necesitado 439 días de curación (impeditivos), de los cuales 8 son estancia hospitalaria. Asimismo como secuelas por las lesiones sufridas presenta:

Prótesis total de cúpula radial del codo derecho, limitación a los movimientos de flexión, extensión y pronosupinación: 18 puntos

Codo doloroso post-traumático, con dolor a la movilización del codo, sin dolor en reposo: 3 puntos

Perjuicio estético ligero: 6 puntos (f. 438 y 483)

8º.- En el momento del accidente Hialtre 3000, S.L. tenía concertada póliza de responsabilidad civil con Zúrich con un límite por víctima de 60.101,21 euros. Se da por reproducida la póliza, cuya vigencia era desde las 00 horas del día 31.05.2005 a las 24 horas del día 30.05.2006 (f. 200 a 271)

9º.- Presentada conciliación previa el 30.06.2010, ésta terminó sin avenencia el 19.07.2010 (f. 9)".

En dicha sentencia aparece la siguiente parte dispositiva: "Se tiene por desistido a Jacinto de la acción ejercitada respecto de Encarnacion, y estimo en parte la demanda interpuesta por Jacinto contra Pio, Jose Carlos, Hialtre 3000, S.L., Abelardo, Zúrich España Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. y el Fondo de Garantía Salarial (FOGASA), condenando a Hialtre 3000, S.L. a hacer pago al actor de la cantidad de 62.010,69 euros, de los que es condenada a responder solidariamente Zúrich España Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. en la cuantía de 60.101,21 euros, así como a ambas entidades solidariamente al pago de los intereses legales devengados por las cantidades de las que deben responder, absolviendo al resto de codemandados".

**SEGUNDO.-** La citada sentencia fue recurrida en suplicación por Zúrich España Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, la cual dictó sentencia en fecha 1 de abril de 2014, en la que, dejando inalterada la declaración de hechos probados de la sentencia de instancia, consta la siguiente parte dispositiva: "Estimar el recurso de suplicación interpuesto por Zúrich España Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. contra la sentencia dictada en fecha 13 de abril de 2012 por el Juzgado de lo Social número 2 de Barcelona en autos sobre reclamación de cuantía seguidos con el número 851/2010, a instancia de don Jacinto contra Pio, don Jose Carlos, Hialtre 3000, S.L., don Abelardo, la parte recurrente, y el Fondo de Garantía Salarial, revocando parcialmente la resolución recurrida, en el particular relativo a la condena de la entidad Zúrich Insurance PLC, Sucursal en España, acordando su absolución de las pretensiones deducidas en su contra, manteniendo el resto de pronunciamientos".

**TERCERO.-** Por la representación de D. Jacinto se formalizó el presente recurso de casación para la unificación de doctrina que tuvo entrada en el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña el 16 de septiembre de 2014. Se aporta como sentencia contradictoria con la recurrida la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, con sede en Valladolid, en fecha 22 de octubre de 2012.

**CUARTO.-** Con fecha 6 de marzo de 2015 se admitió a trámite el presente recurso. Dándose traslado del escrito de interposición y de los autos a la representación procesal de la parte recurrida para que formalice su impugnación en el plazo de quince días. Evacuado el traslado de impugnación, se pasaron las actuaciones al Ministerio Fiscal que emitió informe en el sentido de considerar el recurso IMPROCEDENTE.

**QUINTO.-** Instruido el Excmo. Sr. Magistrado Ponente, se declararon conclusos los autos, señalándose para votación y fallo el día 18 de febrero de 2016, fecha en que tuvo lugar.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** Por la representación de D. Jacinto se recurre en casación para la unificación de la doctrina la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 1 de abril de 2014, recaída en el recurso de suplicación 5359/2013, que había revocado la dictada por el Juzgado de lo Social nº 2 de Barcelona que estimó la demanda en la que se ejercitó acción de reclamación de cantidad por pago de la cantidad correspondiente a responsabilidad civil derivada de accidente de trabajo en virtud de póliza de seguros colectiva, condenando solidariamente a la empresa y a la compañía aseguradora

Zúrich Insurance PLC. Consecuentemente la sentencia aquí recurrida, estimando parcialmente el recurso de suplicación, absolvió a la indicada aseguradora manteniendo el resto de pronunciamientos de la sentencia de instancia.

Disconforme con la resolución de la Sala de Cataluña, la recurrente preparó y formalizó el presente recurso de casación para la unificación de la doctrina, para lo que aportó como sentencia de contraste la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -sede de Valladolid- de 22 de octubre de 2012 .

En esta casación unificadora, en primer lugar, por imperativo legal, hemos de examinar si, efectivamente, concurre la necesaria contradicción exigida por el artículo 219.1 LRJS .

A tal efecto, de la sentencia recurrida resultan hechos relevantes los siguientes: 1) Con fecha 13-9-2005, el actor -hoy recurrente- sufrió un accidente de trabajo del que se derivó la correspondiente baja y diversas secuelas que, tras las oportunas reclamaciones fueron calificadas como constitutivas de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual por sentencia del Juzgado de lo Social nº 18 de Barcelona de fecha 10-10-2007 . Dicha sentencia fue confirmada el 9- 7-2009 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña. 2) La empresa para la que prestaba servicios el trabajador tenía suscrita con Zúrich Insurance PLC, seguro de responsabilidad civil a favor de sus trabajadores que cubría el riesgo de accidente de trabajo. La póliza estuvo vigente desde el 31 de mayo de 2005 al 30 de mayo de 2006. 3) En una de las cláusulas de la póliza se estableció expresamente que "el seguro cubre los siniestros ocurridos durante la vigencia del contrato, cuya reclamación se notifique fehacientemente al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la póliza o hasta dos años después de su finalización". 4) La primera reclamación que se dirigió a la entidad aseguradora Zúrich Insurance PLC fue el 30-6-2011 con motivo de la presentación de la papeleta de conciliación previa a la demanda origen de las presentes actuaciones.

Con tales hechos, sintéticamente resumidos, la Sala de lo Social de Cataluña, aplicando jurisprudencia de esta Sala, revocó la de instancia y absolvió de los pedimentos efectuados en su contra a la aseguradora. Tal decisión, entre otras consideraciones, se fundamentó sobre la base de dos fundamentaciones jurídicas: la primera que la cláusula en cuestión debía considerarse como una cláusula delimitadora del riesgo, no limitativa, por lo que su contenido y, en especial, el plazo de comunicación debía considerarse aplicable; y, la segunda, que la comunicación del siniestro se había efectuado fuera del plazo establecido en la póliza habida cuenta que el inicio del mismo había que situarlo en la fecha del accidente.

La sentencia de contraste, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León -sede de Valladolid- de 22 de octubre de 2012 , resolvió un supuesto en la que los hechos relevantes, a los presentes efectos, eran los siguientes: 1) Con fecha 26 de octubre de 2006, el trabajador sufrió un accidente de trabajo del que se derivó la correspondiente baja y diversas secuelas que, tras las oportunas reclamaciones fueron calificadas por el INSS, en 5-2-2008, como constitutivas de lesiones permanentes no invalidantes. Recurrida dicha resolución fue confirmada por el Juzgado de lo Social nº 4 de Valladolid con fecha 23-6- 2009 y, ratificada también por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Social de Valladolid, con fecha 25-11-2009. 2) La empresa para la que prestaba servicios el trabajador tenía suscrita con XL Insurance Company Limited, seguro de responsabilidad civil a favor de sus trabajadores que cubría el riesgo de accidente de trabajo. La póliza estuvo vigente desde 1-1-2006 hasta el 31-12-2006. 3) En una de las cláusulas de la póliza se estableció expresamente que el seguro cubre los daños sufridos por el trabajador con ocasión de accidente "durante el período de vigencia del contrato y cuya reclamación sea comunicada a XL Insurance Company Limited de manera fehaciente en el período de vigencia de la póliza o en el plazo de doce meses desde la fecha de extinción del contrato". 4) La primera reclamación que se dirigió a la entidad aseguradora XL Insurance Company Limited fue el 23-3-2011 con motivo de la notificación de la demanda presentada el 26 de enero de 2010.

Con tales hechos, la sentencia referencial, confirmando la de instancia, estimó íntegramente la demanda y condenó a la Compañía aseguradora. El fundamento básico de su decisión estribó en la consideración de que, aunque estábamos en presencia de una cláusula limitativa, tal cuestión no era relevante en la medida en que el plazo establecido en la cláusula de la póliza de seguros había sido cumplido. La Sala entendió que el indicado plazo no podía comenzar a correr hasta que no estuviera determinado cabal y definitivamente el daño derivado del accidente lo que no ocurrió hasta la sentencia de la Sala de Valladolid de fecha 25 de noviembre de 2009 que confirmó la del Juzgado de lo Social nº 1 de tal ciudad relativa a la calificación de las secuelas como lesiones permanentes no invalidantes. Dado que la demanda contra la aseguradora se presentó el 26 de enero de 2010, la reclamación se efectuó en el plazo previsto por la póliza.

**SEGUNDO.-** En contra del parecer del informe del Ministerio Fiscal y de lo que se sostiene en la impugnación del recurso, la Sala entiende que existe la contradicción legalmente exigida. En efecto, de lo reseñado hasta aquí resulta fácilmente comprobable que en ambos supuestos nos encontramos ante: 1) Sendas reclamaciones de indemnización de daños y perjuicios derivados de accidente de trabajo contra sendas compañías aseguradoras que tenían suscritas con las respectivas empresas pólizas de seguro de responsabilidad civil por daños derivados de accidente de trabajo. 2) Ambas pólizas contienen una cláusula similar por la que el riesgo asegurado se configura como el que ocurra en el período de vigencia del seguro y se comunique durante un período de tiempo posterior a la finalización del contrato de seguro (dos años la recurrida, un año la de contraste). 3) En ambos casos la comunicación se efectúa mucho tiempo después de la finalización del plazo establecido en las respectivas pólizas. 4) Tanto en la sentencia recurrida como en la referencial, tras el accidente, la calificación de sus secuelas fue una cuestión litigiosa que propició la presentación de demanda judicial que se resolvió definitivamente tras las correspondientes sentencias de suplicación.

Las soluciones que adoptan cada una de las sentencias son diferentes. La sentencia recurrida estima que la cláusula en cuestión es de carácter delimitador y, por tanto, válida y que hubo incumplimiento de la obligación de notificar el siniestro dado que tal comunicación debió hacerse en el plazo estipulado, esto es, antes de dos años contados desde la finalización del contrato. La sentencia referencial, por el contrario, califica la cláusula en cuestión como limitativa, aunque no llega a pronunciarse sobre su validez, porque estima que la comunicación se efectuó en plazo habida cuenta de que el mismo no comenzó hasta que el beneficiario del seguro tuvo cabal y definitivo conocimiento de las secuelas del accidente lo que no ocurrió hasta la sentencia del TSJ de Castilla y León -sede de Valladolid- que confirmó las lesiones permanentes no invalidantes. Es claro, por tanto, que en mérito a unos hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales, en los términos que han quedado expuestos, las sentencias comparadas han llegado a soluciones diferentes.

No obsta a la existencia de contradicción que en el caso del presente recurso el plazo establecido por la póliza para comunicar el siniestro se extienda a los dos años después de la finalización del contrato de seguro, mientras que en la de contraste el plazo sea sólo de un año. Lo decisivo a efectos de la contradicción no es la duración del plazo sino si la comunicación se produjo dentro del mismo o cuando el plazo ya había transcurrido. Tampoco obsta que la sentencia recurrida califique la cláusula como delimitadora, mientras que la de contraste la califique como limitativa, tal calificación ni es un hecho ni una pretensión, es una valoración jurídica, diferente sobre una cláusula similar, lo que no hace, como se verá, sino reforzar la contradicción.

Por otra parte, alega la impugnante del recurso que, en un supuesto muy parecido al actual, el Auto de esta Sala de 24 de abril de 2014 inadmitió el recurso por falta de contradicción. Al respecto, olvida la impugnante que en tal supuesto -sin duda, de enorme similitud con el actual- existían dos diferencias insalvables que aquí no concurren: la primera que en la sentencia referencial no constaba el tenor literal de la cláusula en la que la aseguradora pretendía exonerar su responsabilidad. Aquí, por el contrario, la cláusula está transcrita literalmente. La segunda diferencia estriba que, en aquel supuesto, mientras que en la sentencia recurrida constaba que la cláusula había sido expresamente aceptada por la tomadora del seguro, en la referencial constaba expresamente que no se había acreditado la específica aceptación de los documentos aportados por la tomadora del seguro ni, tampoco, que estuvieran firmadas las condiciones especiales de la póliza. Ambas circunstancias impidieron la apreciación de la contradicción. Resulta evidente que ello no concurre aquí, lo que justifica, sobradamente, la admisión de este recurso.

**TERCERO.-** Acreditada y concretada en los términos señalados la contradicción, el recurrente denuncia la infracción de los artículos 1968 del Código Civil, 73 de la Ley del contrato de seguro y la jurisprudencia interpretativa de los mismos con cita de varias sentencias de esta Sala y alguna de la Sala Primera.

En primer lugar, conviene despejar la naturaleza jurídica de la cláusula en cuestión. En el derecho de seguros es clásica la distinción entre cláusulas lesivas y cláusulas limitativas. Las primeras son siempre inválidas en tanto que las limitativas pueden alcanzar validez si cumplen las dos condiciones que enumera la ley; esto es, que se destaquen de modo especial y que sean específicamente aceptadas por escrito. La consideración como lesiva de una cláusula se fundamenta en la desproporción o desequilibrio insuperables que, en la economía del contrato, produce en perjuicio del asegurado. Ese vicio de lesividad comporta la nulidad de la cláusula y no la del resto del contrato, esquema que responde al conocido de la nulidad parcial del contrato. Por el contrario, puede entenderse que son cláusulas limitativas las que restrinjan los derechos del asegurado, sin llegar a producir la desproporción o desequilibrio insuperables de su posición jurídica en la economía del contrato. Por ello, se consideran válidas si cumplen los requisitos formales antes reseñados.

Ocurre, sin embargo, que una buena parte de las cláusulas que merecen el calificativo de limitativas suponen, a la vez, un instrumento de delimitación del riesgo cubierto por el contrato. Por ello, el criterio mayoritario en la doctrina y en la jurisprudencia civil es tratar de separar ambos tipos de cláusulas, excluyendo a las puramente delimitadoras del riesgo cubierto del doble requisito impuesto a las puramente limitativas por el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro. De esta forma, existe consenso en considerar que los derechos del asegurado son delimitados siempre que una cláusula acota el riesgo objeto de cobertura por medio del contrato de seguro y, por el contrario, son limitados sólo cuando tal cláusula, al perfilar el riesgo cubierto excluye supuestos que de ordinario o usualmente quedan comprendidos dentro del mismo. En definitiva, como pone de relieve la STS -Sala 1ª- de 5 de junio de 1997, "La concreción del riesgo asegurado no supone limitación en los derechos del asegurado". Y, además, deben excluirse del concepto de cláusulas limitativas de los derechos del asegurado aquéllas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo (como es la circunstancia del caso presente) y en qué ámbito espacial ( STS 1ª de 18 de mayo de 2009, Rec. 40/2004 ).

La proyección de cuanto se lleva señalado al supuesto de autos, más en concreto, a la cláusula de la póliza del seguro en cuestión sobre la que se fundamenta la concreción del riesgo asegurado y, básicamente, el problema sujeto a la consideración de la Sala respecto de la validez de la mencionada cláusula, conduce inequívocamente a su consideración como delimitadora del riesgo asegurado lo que implica su plena validez. En efecto, la literalidad de la cláusula en cuestión es un ejemplo de una forma de delimitación del riesgo en su vertiente temporal que no limita el derecho del asegurado. Para ello basta tener en cuenta que el artículo 16 de la mencionada LCS determina que el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. Y, aunque es cierto que el incumplimiento de este breve plazo no determina la no cobertura del riesgo contratado sino que habilita para que el asegurador reclame daños y perjuicios derivados por la falta de declaración en plazo, no puede obviarse que la decisión de circunscribir el riesgo objeto de cobertura a los siniestros ocurridos en el ámbito temporal de la póliza siempre que estén comunicados antes de la finalización de los dos años siguientes a la finalización del contrato, no puede considerarse, en modo alguno, una limitación de los derechos del asegurado, sino una cabal configuración del riesgo objeto de cobertura del contrato de seguro.

**CUARTO.-** Establecida, por tanto, la plena validez de la cláusula en cuestión, resta por examinar si la comunicación del siniestro se produjo en plazo o cuando éste ya había concluido. Para ello, a la vista de la contradicción planteada, resulta decisivo la determinación de si la comunicación efectuada fuera del plazo establecido en la póliza puede considerarse conforme a derecho pues no habría que estar a la fecha del accidente como circunstancia que exige comunicar el siniestro, sino que éste no podría ser comunicado en tanto las consecuencias del accidente no quedasen cabal y definitivamente delimitadas.

La doctrina correcta está, como informa el Ministerio Fiscal a este respecto, en la sentencia recurrida. En efecto, despejada la validez de la póliza, la obligación de comunicación del riesgo surge desde el momento en que se produzca el accidente con independencia de que las consecuencias dañosas de ese evento se manifiesten de forma inmediata o con posterioridad, como ocurre con los denominados daños diferidos o escalonados. Las razones que avalan esta tesis pueden extraerse, sin dificultad, de la jurisprudencia de esta Sala y la de la Sala Primera del este Tribunal Supremo.

En primer lugar, nuestra doctrina desde la sentencia de 1 de febrero de 2000, rec. 200/1999 ha venido señalando reiteradamente, a propósito de la fecha de efectividad del hecho causante, en este tipo de seguros considerados como mejoras voluntarias de Seguridad Social, que se determina con arreglo al momento en el que ocurrió el accidente ya que *"desde la perspectiva mercantil, los seguros se establecen como cobertura del riesgo de accidente, aunque el daño indemnizado se refiera a determinadas secuelas derivadas del mismo (incapacidad temporal, incapacidad permanente o muerte). Esto queda claro en el artículo 100 de la Ley del Contrato de Seguro ): el riesgo asegurado es el accidente -la lesión corporal- que se manifiesta en unas secuelas de invalidez temporal o permanente y muerte. Estas secuelas ya no son el riesgo, sino los efectos de su actualización, como se advierte en el artículo 104 de la citada Ley . Por ello, lo decisivo es que cuando ocurre un accidente la póliza que asegura este riesgo esté vigente. Si es así, se aplicará la cobertura, aunque la determinación de la invalidez a partir de la presentación del certificado médico de incapacidad se haya producido con posterioridad y la póliza ya no esté vigente. Lo importante es la relación de causalidad entre el accidente y sus secuelas; no la fecha en que se manifiesten éstas, ni mucho menos la de su constatación administrativa o médica. La cobertura se establece en función del riesgo asegurado, aunque proteja el daño indemnizable derivado de éste, que puede manifestarse con posterioridad al siniestro ". Y ello porque... "* en el sistema español de Seguridad Social la protección de los accidentes se establece con una técnica próxima a la de aseguramiento privado, organizándose la cobertura a partir de la distinción

entre contingencias determinantes (las reguladas en los arts. 115 a 118 LGSS ), situaciones protegidas y prestaciones ( art. 38 LGSS ), en forma análoga a la que, en el marco del seguro se asocia a la distinción entre el riesgo, el daño derivado de la actualización de éste y la reaparición, de forma que mientras en relación con las contingencias derivadas de riesgos comunes lo que la Seguridad Social asegura o garantiza son unas concretas prestaciones, en relación con los accidentes de trabajo lo que se hace es asegurar la responsabilidad empresarial derivada del accidente desde que éste se produce. 2.- La noción de hecho causante, que es fundamental para determinar el momento en que ha de entenderse causada la prestación a efectos de derecho transitorio o para fijar el nacimiento de una situación protegida en aquellos casos en los que los distintos efectos del accidente se despliegan de forma sucesiva (incapacidad temporal, incapacidad permanente o muerte), no sirven para determinar la entidad responsable de las secuelas que derivan del accidente de trabajo, pues a estos efectos la fecha del accidente es la única que cuenta porque éste es el riesgo asegurado, y, por lo tanto, es la fecha de producción del accidente la que determina la aseguradora, aunque el efecto dañoso (la incapacidad o la muerte) aparezca con posterioridad" (entre otras: SSTS de 22 de enero de 2008, Rec. 3998/2006 ; de 25 de junio de 2001, rec. 2202/2000 ; de 15 de diciembre de 2003, rec. 12/2003 ; de 12 de mayo de 2006, rec. 2880/2004 ; de 24 de mayo de 2006, rec. 210/2005 ; de 25 de septiembre de 2006, rec. 1609/2005 , y de 19 de enero de 2009, rec 1172/2008 , entre muchas otras).

En segundo lugar, en esta misma línea interpretativa, como recuerda la STS de 30 de abril de 2007 (rcud 618/2006 ), la doctrina de la Sala ha señalado que "cuando se trata de una mejora voluntaria que contiene una regulación específica en orden a fijar el momento en que se tiene por establecida la cobertura o en el que ha de determinarse el régimen aplicable, tal regulación tiene que prevalecer en la medida en que no se oponga a una norma de superior rango. Y a tal solución ha de estarse, pues, aunque pudiera considerarse inconveniente de acuerdo con criterios técnicos de protección, lo cierto es que una inconveniencia o un desajuste no equivale a una infracción del orden público, ni, en general, a la infracción de alguno de los otros límites de la autonomía de la voluntad a que se refiere el art. 1255 CC , especialmente teniendo en cuenta que se trata además de una materia esencialmente disponible como la relativa a las mejoras voluntarias" ( SSTS de 20 de noviembre de 2003, -rcud 3238/03 ; de 19 de enero de 2004. -rcud 2807/02 ; de 28 de abril de 2004, -rcud 2346/03 ; y de 24 de mayo de 2006 -rcud 210/05 )".

En tercer lugar, de forma muy clara, la STS de 13 de noviembre de 2007 (rec. 4908/2006 ) matizó que si bien la anterior doctrina se ha establecido fundamentalmente en el marco de las prestaciones de la Seguridad Social y de sus mejoras, resulta que "con mayor razón habrá de aplicarse a los supuestos de responsabilidad adicional del empresario en los accidentes de trabajo, que es lo que aquí ocurre, pues lo que se asegura, conforme al art. 73 de la Ley del Contrato de Seguro es esa responsabilidad que deriva de la producción del riesgo con independencia de que las consecuencias dañosas de ese evento se manifiesten de forma inmediata o con posterioridad, como ocurre con los denominados daños diferidos o escalonados".

En cuarto lugar, la posición de la Sala de lo Civil de este Tribunal también es constante en considerar que "el contrato de seguro alcanza el siniestro y éste es el hecho, no la declaración judicial que califica el hecho de incapacidad permanente total; lo decisivo es la fecha del hecho, no la fecha de la calificación jurídica del mismo", y, rotundamente, que "el accidente fue el hecho generador y a la fecha de éste habrá que estar" ( STS -1ª- de 22 de abril de 2008, rec. 332/2001 ) y ello, porque una hipotética declaración de invalidez, "lejos de significar el hecho de la causación del daño o del siniestro, es meramente una formalidad administrativa determinante, entre otras, de las consecuencias económicas en diversos aspectos del accidente, pero en modo alguno puede identificarse con éste" ( sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1993 , Sentencia núm. 632/1993 , dictada en un supuesto en el que según la póliza había que comunicar el siniestro en el plazo de quince días, considerando la sentencia que no cabía computarlos a partir de la resolución del expediente de incapacidad, sino desde que el accidente se produjo. En el mismo sentido STS -1ª- de 6 de febrero de 1995, Rec. 1828/1990 ).

**QUINTO.-** Todo ello abona claramente la solución adoptada por la sentencia recurrida conforme a la cual resultaba perfectamente lícita la cláusula por la que se delimitaba el riesgo asegurado a los siniestros ocurridos durante la vigencia del contrato, cuya reclamación se notificase fehacientemente durante la vigencia de la póliza o hasta dos años después de su finalización. En consecuencia, la comunicación debió efectuarse en el referido plazo puesto que, acaecido el accidente, surgió el deber de notificación del siniestro que pudo hacerse hasta dos años después de finalizado el contrato de seguro, lo que implica que se pudo dar noticia del siniestro a la aseguradora hasta dos años y medio aproximadamente después de ocurrido el accidente, lo que no hizo el recurrente ya que la primera comunicación que del referido siniestro tuvo la aseguradora fue la papeleta de conciliación previa a la demanda origen de este procedimiento.



En consecuencia, procede confirmar la sentencia recurrida manteniendo la absolución de Zürich Insurance PLC.

Por lo expuesto, en nombre de S. M. El Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

## FALLAMOS

Desestimamos el Recurso de Casación para la Unificación de la Doctrina interpuesto por D. Jacinto , representado y asistido por el letrado D. Javier Moreno Cardona, contra la sentencia dictada el 1 de abril de 2014 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en el recurso de suplicación núm. 5359/2013 , que resolvió el formulado contra la sentencia del Juzgado de lo Social núm. 2 de Barcelona, de fecha 13 de abril de 2012 , recaída en autos núm. 851/2010, sobre cantidad. Confirmamos la sentencia recurrida. Sin costas

Devuélvanse las actuaciones a la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña , con la certificación y comunicación de esta resolución.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

**PUBLICACIÓN.-** En el mismo día de la fecha fue leída y publicada la anterior sentencia por el Excmo. Sr. Magistrado D. Angel Blasco Pellicer hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de lo que como Secretario de la misma, certifico.