

**TRIBUNAL SUPREMO
SALA DE LO CIVIL
GABINETE TÉCNICO**

Sentencias del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo 602/2025, 603/2025 y 604/2025, de 21 de abril (CAS 5936/2022, CIP 7831/2022 y CAS 8360/2022). Contrato de seguro. Pérdida de beneficios por paralización de la actividad. Carácter delimitador de la cláusula que vincula la cobertura a que las pérdidas se produzcan como consecuencia de acontecimientos delimitados en el contrato.

Las sentencias han sido dictadas en tres procedimientos en los que la parte demandante reclamaba una indemnización por la cobertura de pérdida de beneficios contenida en un contrato de seguro multirriesgo relativo a negocio de hostelería, como consecuencia de su cierre por aplicación de la normativa COVID.

La **sentencia 602/2025**, cuya doctrina aplica también la **603/2025** por presentar el caso características sustancialmente iguales, explica que, según la definición legal de la modalidad de seguro de pérdida de beneficios por interrupción de la empresa, prevista en el art. 66 LCS, se indemnizan la pérdida de los beneficios y los gastos generales, producidos por la paralización de la actividad empresarial, pero no por cualquier causa, sino los que tengan su origen en los acontecimientos delimitados en la póliza de seguro suscrita. A través de esta modalidad del seguro, se pretende dar cobertura a empresas generadoras de una dinámica actividad productiva encaminada a la obtención de beneficios, por lo que es habitual que no solo se aseguren los daños sufridos en sus elementos materiales a través de los prototípicos seguros de daños, sino también las pérdidas de beneficios y/o gastos derivados de la paralización empresarial debida a daños en los elementos asegurados.

En el caso concreto, la cobertura quedó delimitada a la interrupción total o parcial de actividad empresarial derivada de los daños materiales producidos en el continente y contenido, ya sea por incendio, agua, rayo,

actos vandálicos, explosión, inundación, eléctricos etc., que sean cubiertos por la póliza.

La sentencia añade que la práctica aseguradora incluye con carácter general la cobertura de pérdida de beneficios como complementaria de los seguros de daños materiales; es decir, que el objeto de aseguramiento es la pérdida de beneficios derivados de un siniestro cubierto en la póliza a modo de una prestación adicional causalizada, no autónoma e independiente, desligada de la clase de seguro multirriesgo suscrito. Esta vinculación con un daño material cubierto es la tesis de la doctrina mayoritaria al interpretar lo dispuesto en los arts. 63 y siguientes de la LCS, todo ello sin perjuicio de la delimitación del riesgo de otra manera, pero que no es caso.

Por su parte, el recurso que da lugar a la **STS 604/2025** plantea como cuestión jurídica si la interpretación de la expresión «riesgos extensivos» que se utiliza en las condiciones generales para describir las coberturas del seguro permite entender que se cubren las pérdidas por paralización debida a cualquier causa, incluida la paralización motivada por las resoluciones administrativas que se adoptaron durante la pandemia del covid-19. Ello a pesar de que en el condicionado la pérdida económica por paralización de la actividad del negocio se vincula a las paralizaciones que sean consecuencia de los eventos y daños cubiertos por el propio contrato, que en el caso no han concurrido.

La sentencia declara que, en el contrato litigioso, la pérdida de beneficios diaria contratada, no sería una cobertura autónoma que protegiera al asegurado frente a cualquier situación que suponga una paralización de su negocio, incluida por tanto la derivada de las restricciones sanitarias durante la pandemia. La cláusula que vincula la cobertura a que las pérdidas se produzcan «a consecuencia de los acontecimientos delimitados en el contrato» sería una cláusula delimitadora, en los mismos términos utilizados en el art. 66 LCS para referirse al seguro de pérdida de beneficios por paralización de la empresa.

Gabinete Técnico, área civil

Abril 2025

CASACIÓN núm.: 5936/2022

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

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Fernando Javier Navalón
Romero

TRIBUNAL SUPREMO
Sala de lo Civil
PLENO

Sentencia núm. 602/2025

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Ignacio Sancho Gargallo, presidente

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Antonio García Martínez

D. Manuel Almenar Belenguer

En Madrid, a 21 de abril de 2025.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D. J., representado por la procuradora D.^a M.^a Aránzazu Garmendia Lorenzana, bajo la dirección letrada de D. Félix Lobato González, contra la sentencia n.º 256 dictada por la Sección 4.^a de la Audiencia Provincial de Oviedo, en el recurso de apelación n.º 217/22, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 249/21, del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Avilés. Ha sido parte recurrida Mapfre España, S.A., representada por la procuradora D.^a Patricia Fernández Majón y bajo la dirección letrada de D. Bernardo Ybarra Malo de Molina.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.- La procuradora D.^a M.^a Aránzazu Garmendia Lorenzana, en nombre y representación de D. J., interpuso demanda de juicio ordinario contra Mapfre España Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A., en la que solicitaba se dictara sentencia:

«[e]n la que se condene a la demandada al pago de la cantidad de 42.589,19 € o, subsidiariamente, de 27.978,30 € más el interés legal del dinero desde el día de presentación de esta demanda, con expresa imposición de las costas del procedimiento a la demandada».

2.- La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Avilés y se registró con el n.º 249/21. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.- La procuradora D.^a Raquel Pablos López, en representación de Mapfre España Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba:

«[s]e dicte en su día sentencia desestimando íntegramente la demanda, con absolución de MAPFRE ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., con expresa condena

en costas.

»SUBSIDIARIAMENTE y para el caso de que se desestime la pretensión inicial, suplico al juzgado reduzca el importe de la cuantía de la demanda en virtud de la doctrina jurisprudencial citada sobre la responsabilidad proporcionalidad del auditor».

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, la Magistrada-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de Avilés dictó sentencia de fecha 15 de febrero de 2022, con la siguiente parte dispositiva:

«DESESTIMANDO ÍNTEGRAMENTE la demanda presentada por la representación procesal de D. J. contra la entidad MAPFRE ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., debo ABSOLVER y ABSUELVO a la entidad demandada de todas las pretensiones ejercitadas en su contra. Todo ello con expresa imposición de las costas causadas en este proceso a la parte demandante».

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D. J..

2.- La resolución de este recurso correspondió a la sección 4.^a de la Audiencia Provincial de Oviedo, que lo tramitó con el número de rollo 217/22, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 22 de junio de 2022, cuya parte dispositiva dispone:

«Desestimamos el recurso de apelación interpuesto por don J. frente a la sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº 4 de Avilés de 15 de febrero de 2022, dictada en el juicio ordinario nº 249/2021, que se confirma. Con imposición al apelante de las costas derivadas de la tramitación del recurso. Y con pérdida del depósito constituido para formularlo, al que se dará el destino legal».

TERCERO.- *Interposición y tramitación del recurso de casación*

1.- La procuradora D.^a M.^a Aránzazu Garmendia Lorenzana, en representación de D. J., interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

«PRIMERO.- Infracción del art. 3 de la Ley 50/1980 de 8 de Octubre del Contrato de Seguro».

«SEGUNDO.- Por infracción de normas aplicables para resolver las cuestiones objeto de litigio, al amparo del art. 477.1 3º y 477.3 de la LEC, siendo contraria la sentencia que se recurre a la doctrina de la Sala Primera del Tribunal Supremo».

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 18 de septiembre de 2024, cuya parte dispositiva es como sigue:

«1º) Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. J. contra la sentencia dictada el 22 de junio de 2022 por la Audiencia Provincial de Asturias (Sección Cuarta) en el rollo de apelación nº 217/2022, dimanante del juicio ordinario nº 249/2021 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 4 de Avilés.

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

»De conformidad con lo dispuesto en el artículo 483.5 de la LEC, contra la presente resolución no cabe recurso alguno».

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

4.- Por providencia de 16 de diciembre de 2024 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 29 de enero de 2025, y por resolución de esa misma fecha se acordó que el asunto pasara a conocimiento del Pleno de la Sala, señalándose nuevamente para votación y fallo el día 2 de abril del presente, fecha en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Antecedentes relevantes*

A los efectos decisorios del presente recurso de casación partimos de los antecedentes siguientes:

1.º- *El objeto del proceso*

El presente proceso versa sobre la acción contractual que es ejercitada por D. J., en su condición de titular del negocio de hostelería «T», sito en DIRECCIÓN, contra la compañía de seguros Mapfre España, S.A., entidad con la que se encuentra vinculado en virtud de una póliza de seguros denominada «Multirriesgo Comercio y Autoemprendedores», de fecha 30 de junio de 2018, con vigencia anual, que se ha ido prorrogando desde el 30/06/2019 al

30/06/2022. Con la acción deducida pretende el demandante exigir la indemnización, que considera le corresponde, por la garantía asegurada de «pérdida de explotación».

2.º- El proceso en primera instancia

La demanda interpuesta por el Sr. J. se fundamenta en la alegación de que, en el condicionado particular de la póliza, se contempló la cobertura de pérdida de explotación, con una indemnización diaria de 310,87 €, y un periodo de indemnización estipulado de 3 meses.

El demandante se vio obligado a suspender su actividad como consecuencia del cierre de los establecimientos de hostelería, acordado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. El periodo inicial de suspensión de actividad se extendió desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 25 de mayo de 2020, en que se autorizó la reanudación de la actividad por la Orden Ministerial 442/2020, de 23 de mayo, en la que se incluyó al Principado de Asturias en la denominada fase 2 de desescalada, lo que implicó 72 días de paralización.

Por Resolución del 3 de noviembre de 2020 de la Consejería de Salud del Principado de Asturias, volvió a suspenderse la actividad en el negocio de hostelería del actor, desde el 4 de noviembre de 2020 hasta el 13 de diciembre de 2020, data en la que se acordó la reapertura por otra resolución de dicha Consejería de 9 de diciembre de 2020, lo que supuso otros 39 días adicionales de paralización.

Por Resolución, en esta ocasión, de 1 de febrero de 2021, de la misma Consejería, se acordó una nueva suspensión de la actividad desarrollada por el demandante, que fue alzada mediante Decreto de la Presidencia del Principado de Asturias 28/2021, de 26 de febrero, lo que implicó otros 26 días de paralización.

En definitiva, el demandante tuvo cerrada su taberna un total de 137 días. Alegó que, si bien en la página 4 de las condiciones particulares (documento n.º 1), se indica que el periodo de indemnización estipulado por la pérdida de

explotación es de 3 meses, ni en la página de las condiciones particulares consta la firma del demandante, ni tampoco dicha cláusula se encuentra destacada ni expresamente suscrita por su parte.

En cualquier caso, aun siendo aplicable la limitación referida, debe entenderse que cada periodo de cierre responde a un siniestro diferente, incluso a periodos contractuales distintos; por lo tanto, la paralización completa no queda sometida a dicha limitación temporal.

Conforme al contenido de las condiciones particulares, dado que el número total de días de paralización fueron 137, a razón de 310,87 €/día, la indemnización procedente se eleva a la suma de 42.589,19 €; o, en todo caso, si se estima aplicable el límite total de 3 meses, la indemnización sería la correspondiente a una paralización de 90 días, lo que reduciría el montante de la indemnización debida a la cantidad de 27.978,30 €.

Admitida a trámite la demanda, y emplazada la compañía de seguros, esta se personó en el procedimiento para interesar la desestimación de la demanda, al considerar que el siniestro no estaba cubierto por el seguro contratado, dado que, tal y como aparecía definido contractualmente el riesgo, solo se indemnizaban las pérdidas por interrupción de la actividad que sean consecuencia de un daño material causado en un bien asegurado en la póliza. En consecuencia, se sostuvo que no estaban cubiertas las pérdidas derivadas de la interrupción temporal de la actividad por cualquier causa, sino sólo las que derivasen de daños materiales objeto de cobertura.

En las condiciones particulares de la póliza debidamente suscritas por el asegurado consta:

Coberturas y garantías: «pérdida de explotación 310,87 euros» (página 2).

Otras estipulaciones: «El periodo de indemnización estipulado en la pérdida de explotación es de 3 meses» (página 4).

Cláusulas aplicables: «Son de aplicación la/s cláusula/s siguiente/s: Cláusulas [...] Cobertura de indemnización diaria (CP19)» (página 5).

En las condiciones generales de la póliza, concretamente en su artículo 15, se recoge dicha cobertura, en los términos siguientes:

«Siempre que se haga constar de forma expresa la inclusión de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza, con indicación de sus conceptos y suma asegurada, la Compañía abonará la indemnización que corresponda, **hasta el límite del capital pactado en las Condiciones Particulares** para la misma.

»La cobertura será de aplicación siempre que se produzca una interrupción temporal, total o parcial de la actividad del establecimiento asegurado a consecuencia de los daños materiales directos sufridos por los bienes asegurados en las situaciones descritas en dichas Condiciones Particulares, derivados de la **COBERTURA DE DAÑOS MATERIALES de este contrato** y a condición de que dichos daños se encuentren cubiertos y sean indemnizados por la Compañía».

La cláusula CP.19 «Cobertura indemnización» diaria consta también:

«Mediante la inclusión de esta cláusula en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía indemnizará, **hasta el límite de la suma asegurada diaria pactada en las mismas**, los perjuicios económicos sufridos por el Asegurado, debidos a la interrupción total o parcial de la actividad del riesgo asegurado **a consecuencia de un siniestro amparado por la COBERTURA DE DAÑOS MATERIALES de este contrato**».

En un recuadro, en las condiciones particulares, consta también que el tomador del seguro:

«Acepta expresamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado, que se resaltan en negrita en las Condiciones Generales del contrato (Modelo MSE-074CO/05-16), de las que reconoce recibir un ejemplar».

En definitiva, considera la compañía aseguradora que nos encontramos ante una garantía adicional de un seguro cuyo objeto principal no es la pérdida de beneficios, sino de «Multirriesgo Comercio y Autoemprendedores». Además, el art. 15 de las condiciones generales refleja una cláusula delimitadora del riesgo, debidamente conocida por el asegurado, al que se le facilitó la correspondiente copia de dichas condiciones.

Seguido el proceso, por todos sus trámites, se dictó sentencia por el juzgado desestimatoria de la demanda.

En dicha resolución judicial, tras calificar el riesgo asegurado como un seguro de lucro cesante definido en el art. 63 de la LCS, consideró que su ámbito

de cobertura se delimita por la ley y el contrato, y que, en este caso, la garantía concertada viene establecida en el apartado B) del art. 15 de las condiciones generales, conforme a las cuales sólo comprende la paralización derivada de los daños materiales objeto de cobertura, que son los recogidos en los arts. 6 a 11 de las precitadas condiciones; pero no comprende como garantía asegurada la paralización de la actividad desarrollada por el actor como consecuencia de la situación de emergencia sanitaria debida a la pandemia del COVID-19, con las correlativas interrupciones de la actividad impuestas por la normativa nacional y autonómica sobre la materia.

La precitada cláusula se consideró como delimitadora del riesgo, en tanto cuanto define el objeto de cobertura de la póliza y, en consecuencia, no necesita cumplir los requisitos del art. 3 de la LCS. Además, está redactada de forma clara y comprensible.

Termina el juzgado su argumentación con el razonamiento siguiente:

«Dicho todo lo anterior, no podemos más que concluir diciendo que la pérdida de beneficios debida a una interrupción de actividad total o parcial por cualquier causa no es objeto de cobertura en el contrato suscrito por las partes, sino que únicamente se cubrirá la misma si es debida a alguna de las causas contenidas en la póliza, y donde no se contempla la interrupción de actividad derivada de una emergencia sanitaria, ni por imposición de normativa estatal o autonómica».

3.º- La sentencia en segunda instancia

Contra dicha sentencia se interpuso por el demandante recurso de apelación. La audiencia, tras analizar la jurisprudencia de esta Sala relativa a la distinción entre las condiciones limitativas y delimitadoras, coincidió con el juzgado de primera instancia en que la condición general 15 de la póliza es delimitadora del riesgo, y que el siniestro no se encontraba cubierto por la póliza suscrita, en tanto en cuanto la cobertura de pérdida de actividad se circunscribe a la que tenga su origen en los daños materiales producidos en el establecimiento que fueran, a su vez, objeto de cobertura, sin que, el art. 16, nada añadida o reste al art. 15 de las condiciones generales, hasta es redundante con éste y, por lo tanto, no se le puede dar tampoco el trato de condición limitativa.

También, se descartó que dicha delimitación contractual pudiera considerarse como cláusula sorpresiva, conclusión que se ve reforzada por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, que aprueba el reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, que se refiere a los daños materiales objeto de cobertura.

También, razonó el tribunal provincial que las condiciones generales eran precisas para conocer el objeto de cobertura, y que en las condiciones particulares figura la entrega de la copia de las condiciones generales.

4.º- Recurso de casación

Contra dicha sentencia se interpuso por el demandante recurso de casación, que fue admitido a trámite por auto de 18 de septiembre de 2024. Al evacuar el traslado del recurso interpuesto, la entidad demandada interesó su desestimación.

SEGUNDO.- Motivo único del recurso de casación

El recurso se interpone por infracción del art. 3 de la LCS.

El recurrente, en contra del criterio de los tribunales de instancia, considera que nos encontramos ante una cláusula limitativa del riesgo, y no delimitadora de la cobertura pactada. Incluso, aun cuando le atribuyésemos esta última calificación jurídica, tampoco consta la aceptación por parte del demandante de las condiciones generales. Se sostiene que no existe ninguna incorporación directa ni indirecta ni por mera referencia de las condiciones generales al contrato, por lo que no constan, al tomador asegurado, las estipulaciones delimitadoras del riesgo que, por lo tanto, no cabe oponérselas.

TERCERO.- Examen y desestimación del recurso

A los efectos decisorios del presente recurso, partimos de las consideraciones siguientes:

1.º- Las exigencias del art. 3 de la LCS

La concertación de los contratos de seguro es prototípica de las contrataciones en masa mediante la utilización de la técnica de adhesión a unas

condiciones generales de contratación impuestas y predispuestas por las compañías de seguro. La celeridad exigible, en este concreto sector del tráfico jurídico, en función de las perentorias necesidades de aseguramiento, explica la utilización de dicha técnica contractual, si bien con el peaje de la limitación que implica al principio de la libre autonomía de la voluntad proclamado por el art. 1255 del CC, que queda de esta forma constreñido a la aceptación o rechazo en bloque del clausulado contractual predeterminado por las compañías aseguradoras, sin posibilidad por parte de los tomadores de participar en la configuración jurídica de las pólizas.

Este escenario disímil, generador de una indiscutible asimetría convencional, exige establecer mecanismos tuitivos encaminados a garantizar el justo equilibrio de los derechos y obligaciones de las partes contratantes.

En consecuencia, bajo las connotaciones expuestas, constituye una elemental exigencia en la concertación de contratos de esta naturaleza que los asegurados tomen constancia real y efectiva de cuáles son los riesgos objeto de cobertura y en qué concretos términos son cubiertos, y, de esta manera, que no queden indefinidos en el limbo de la incertidumbre (oscuridad o ambigüedad de las cláusulas), o desconocidas para el tomador del seguro, de manera que se vea negativamente sorprendido cuando pretenda exigir la indemnización pactada por mor de una cláusula que le impide, cercena o limita el acceso a la cobertura del siniestro.

Una exigencia tan elemental requiere no solo un comportamiento leal por parte de las compañías en la redacción clara y precisa de sus condiciones contractuales particulares y generales, sino también que las calificables como limitativas gocen de la garantía adicional de hallarse debidamente destacadas en las pólizas, así como específicamente amparadas por las firmas de los tomadores, como manifestación de su conocimiento y aceptación.

En definitiva, si conforme al art. 1 Ley de Contrato de Seguro (LCS), dicha relación contractual es aquella por la que: «[e]l 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», no ha de ofrecer duda que el tomador del seguro debe tener constancia real y efectiva, no sólo del riesgo objeto de cobertura, sino de los límites en los que aquélla opera. O, dicho de otra forma, si la finalidad del seguro es diluir, neutralizar o anular el riesgo, el asegurado ha de conocer, al suscribir el contrato, el marco en el que opera la prestación de la compañía aseguradora en el supuesto de la conversión del riesgo en siniestro.

En este sentido, señala la sentencia 316/2009, de 18 de mayo, cuya doctrina ratifican las ulteriores sentencias 475/2019, de 17 de septiembre; 263/2021, de 6 de mayo o 1321/2023, de 27 de septiembre, que:

«Cumple el artículo 3 de la Ley 50/1980 la función de proteger al tomador del seguro, mediante la exigencia de una serie de requisitos que el legislador considera necesarios para garantizar que, cuando dé su consentimiento a la perfección del contrato de seguro, conoce cumplidamente el contenido del mismo -sentencias de 27 de noviembre de 2.003, 17 de octubre de 2.007, 13 de mayo de 2.008, 15 de julio de 2.008, 22 de julio de 2.008-.

»De su literalidad resulta que la norma impone una redacción de las condiciones, tanto generales como particulares, que sea "clara y precisa".

»En cuanto a las condiciones generales -predispuestas exclusivamente por la aseguradora para ser incorporadas a una pluralidad de contratos-, el artículo 3 exige que se incluyan "necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo".

»Finalmente, si hay en las condiciones particulares o generales "cláusulas limitativas de los derechos del asegurado", manda la referida norma que se destaquen y que sean específicamente aceptadas por escrito».

Desde la perspectiva expuesta, la sentencia del Pleno de la Sala 1ª, 661/2019, de 12 de diciembre, precisa que:

«Es necesario tener en cuenta también que los contratos de seguro forman parte de la denominada contratación seriada, mediante la utilización de la técnica de condiciones generales, que requiere prestar a los asegurados adherentes la correspondiente protección jurídica para que adquieran constancia real de los riesgos efectivamente cubiertos, por una elemental exigencia de transparencia contractual. A tal finalidad responde el art. 3 de la LCS, cual es "facilitar el conocimiento de las condiciones generales del contrato por parte del tomador" (STS 1152/2003, de 27 de noviembre). Se pretende, en definitiva, que la garantía no resulte incierta en la mente del asegurado. Es preciso, para ello, dentro de la asimetría convencional

derivada de la información disímil existente entre compañía y tomador, garantizar que éste obtenga un conocimiento fidedigno del riesgo cubierto».

De igual forma, se expresa la STS 402/2015, de 14 de julio, del pleno, invocada en el recurso, cuando sostiene que:

«En todo caso, y con carácter general, conviene recordar que el control de transparencia, tal y como ha quedado configurado por esta Sala (SSTS de 9 de mayo de 2013 y 8 de septiembre de 2014), resulta aplicable a la contratación seriada que acompaña al seguro, particularmente de la accesibilidad y comprensibilidad real por el asegurado de las causas limitativas del seguro que respondan a su propia conducta o actividad, que deben ser especialmente reflejadas y diferenciadas en la póliza».

2.º- Condiciones delimitadoras y limitativas del riesgo, su diferenciación

Con la finalidad de la individualización del riesgo, adecuarlo a los intereses de las partes, y proceder a la fijación de la cuantía de la prima, se acude a la inclusión, en las correspondientes pólizas, de condiciones delimitadoras y limitativas del riesgo asegurado. La distinción entre unas y otras, como hemos destacado de forma reiterada, desde un punto de vista estrictamente teórico aparece relativamente sencilla, pero, en su aplicación práctica, no deja de presentar dificultades e inconvenientes para calificarlas de una u otra manera.

En principio, la distinción es conceptualmente fácil de establecer.

En efecto, una condición delimitadora define el objeto del contrato, perfila el compromiso que asume la compañía aseguradora, de manera tal que, si el siniestro acaece fuera de dicha delimitación positiva o negativamente explicitada en el contrato, no nace la obligación de la compañía aseguradora de hacerse cargo de su cobertura.

Las cláusulas limitativas, por el contrario, desempeñan un papel asaz distinto, en tanto en cuanto restringen el derecho de resarcimiento del asegurado.

En este sentido, la sentencia 541/2016, de 14 de septiembre, cuya doctrina cita y ratifican las más recientes sentencias 58/2019, de 29 de enero; 661/2019, de 12 de diciembre y 1321/2023, de 27 de septiembre, señala que:

«[d]esde un punto de vista teórico, la distinción entre cláusulas de delimitación de cobertura y cláusulas limitativas parece, a primera vista, sencilla, de manera que las primeras concretan el objeto del contrato y fijan los riesgos que, en caso de producirse, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación por constituir el objeto del seguro. Mientras que las cláusulas limitativas restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización o a la prestación garantizada en el contrato, una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido».

Las dificultades expuestas han llevado a la jurisprudencia a intentar establecer criterios distintivos entre unas y otras cláusulas. En tal esfuerzo de concreción jurídica, es de obligada cita la STS 853/2006, 11 de septiembre, del Pleno de esta Sala, que señala que son delimitadoras las condiciones:

«[m]ediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando qué riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla».

La precitada sentencia 853/2006 sentó una doctrina, que es recogida posteriormente en otras muchas resoluciones de este tribunal, como las SSTS 1051/2007 de 17 de octubre; 676/2008, de 15 de julio; 738/2009, de 12 de noviembre; 598/2011, de 20 de julio; 402/2015, de 14 de julio, 541/2016, de 14 de septiembre; 147/2017, de 2 de marzo; 590/2017, de 7 de noviembre; 661/2019, de 12 de diciembre; 1321/2023, de 27 de septiembre; 1344/2023, de 3 de octubre, según la cual son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan:

- (i) qué riesgos constituyen dicho objeto;
- (ii) en qué cuantía;
- (iii) durante qué plazo;
- y (iv) en qué ámbito temporal o espacial.

El papel que, por el contrario, se reserva a las cláusulas limitativas radica en restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización, una vez que el riesgo, objeto del seguro, se ha producido (SSTS de 16 de mayo y 16 octubre de 2000, 273/2016, de 22 de abril, 520/2017, de 27 de septiembre, 590/2017, de 7 de noviembre, 661/2019, de 12 de diciembre, 1321/2023, de 27 de septiembre, 1344/2023, de 3 de octubre).

En palabras de la STS 953/2006, de 9 de octubre, serían: «[l]as que empeoran la situación negocial del asegurado».

Un criterio utilizado para determinar la naturaleza de ciertas cláusulas, y aplicarles el tratamiento jurídico de las limitativas, es referirlas al contenido natural del contrato; esto es al «[a]lcançe típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora» (SSTS 273/2016, de 22 de abril, 541/2016, de 14 de septiembre y 147/2017, de 2 de marzo).

En este sentido, se atribuye el trato de limitativa a la cláusula sorpresiva (STS 58/2019, de 29 de enero y 661/2019, de 12 de diciembre); es decir, la que altera ese contenido natural o usual de la modalidad aseguradora concertada de manera que frustra las razonables expectativas convencionales del asegurado.

Las consecuencias de la diferenciación entre ambas tipologías de cláusulas limitativas o delimitadoras deviene fundamental, dado que estas últimas -las delimitadoras- quedan sometidas al régimen de aceptación genérica (SSTS 366/2001, de 17 de abril; 303/2003, de 20 de marzo; 14 de mayo 2004, en recurso 1734/1998; 1033/2005, de 30 de diciembre), sin la necesidad de la observancia de los requisitos de incorporación que se exigen, por el contrario, a las que ostentan la calificación jurídica de limitativas, sometidas a los requisitos previstos en el art. 3 LCS; esto es, estar destacadas de un modo especial, y ser expresamente aceptadas por escrito, formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un conocimiento cabal y exacto del riesgo cubierto (SSTS 516/2009, de 15 de julio; 268/2011, de 20 de abril; 541/2016, de 14 de septiembre; 234/2018, de 23 de abril; 58/2019, de 29 de enero; 418/2019, de 15 de julio), y que además han de concurrir conjuntamente (SSTS 676/2008, de 15 de julio; 402/2015, de 14 de julio; 76/2017, de 9 de febrero, 661/2019, de 12 de diciembre y 1321/2023, de 27 de septiembre, 1344/2023, de 3 de octubre).

3.º El contrato suscrito por las partes

Las partes suscribieron un contrato de seguro multirriesgo de comercio y autoemprendedores, que fue formalizado en la correspondiente póliza que contenía una garantía de seguro de lucro cesante.

En efecto, entre las coberturas pactadas figuraban los daños materiales en contenido y continente derivados de incendio, fenómenos atmosféricos, daños eléctricos, agua, ruptura de cristales, robo etc., así como otras coberturas y garantías complementarias entre las que se encontraba la pérdida de la explotación con una suma asegurada de 310,87 euros diarios, como así resulta de las condiciones particulares.

También consta, en dichas condiciones particulares, que «[e]l periodo de indemnización estipulado en la pérdida de explotación es de tres meses», así como la cobertura de indemnización diaria (CP19).

Estas condiciones particulares aparecen firmadas por el tomador de seguro en cada una de las páginas, si bien no por el reverso. En resumen, figuran en ellas siete firmas del asegurado que, a su vez, es el tomador del seguro.

En las condiciones generales (art. 15) se describe en qué consiste el objeto de dicha cobertura, cuando se explica que:

«La cobertura será de aplicación siempre que se produzca una interrupción temporal, total o parcial de la actividad del establecimiento asegurado a consecuencia de los daños materiales directos sufridos por los bienes asegurados en las situaciones descritas en dichas Condiciones Particulares, derivados de la **COBERTURA DE DAÑOS MATERIALES de este contrato** y a condición de que dichos daños se encuentren cubiertos y sean indemnizados por la Compañía».

Es decir que, de la lectura del artículo 15 de las condiciones generales del contrato de seguro litigioso, resulta la conexión o relación de causalidad que debe existir entre los daños materiales, objeto de cobertura en la póliza, con la paralización total o parcial de la actividad del establecimiento asegurado, de manera tal que no comprende siniestros derivados de riesgos no cubiertos, como son los generados por el cierre del local litigioso como consecuencia de la crisis sanitaria producida por la pandemia del COVID-19.

En esta modalidad de seguro de pérdida de beneficios por interrupción de la empresa, prevista en el art. 66 de la LCS, alcanza una especial importancia la configuración convencional de la cobertura, al normar que:

«[e]l titular de una empresa puede asegurar la pérdida de beneficios y los gastos generales que haya de seguir soportando cuando la Empresa quede paralizada total o parcialmente a consecuencia de los acontecimientos delimitados en el contrato».

Según la precitada definición legal se indemnizan la pérdida de los beneficios y los gastos generales, producidos por la paralización de la actividad empresarial, pero no por cualquier causa, sino los que tenga su origen en los acontecimientos delimitados en la póliza de seguro suscrita.

A través de esta modalidad del seguro, se pretende dar cobertura a empresas generadoras de una dinámica actividad productiva encaminada a la obtención de beneficios, por lo que es habitual que no solo se aseguren los daños sufridos en sus elementos materiales a través de los prototípicos seguros de daños, sino también las pérdidas de beneficios y/o gastos derivados de la paralización empresarial debida a daños en los elementos asegurados. En este caso, se fijó una suma diaria de 310,87 euros.

4.º- Desestimación del recurso

Pues bien, si consideramos como delimitadoras del riesgo las condiciones que definen el objeto del contrato, de manera que perfilan el compromiso que asume la compañía aseguradora, acotando positiva o negativamente el contorno del riesgo asumido, dicha condición 15 debe ser calificada como delimitadora. La finalidad pretendida, mediante su incorporación al contrato, no es la de restringir, condicionar o modificar el derecho de resarcimiento del asegurado, características propias de las cláusulas limitativas, sino fijar el contorno de la cobertura; no restar, sino precisar.

En este caso, quedó la cobertura delimitada a la interrupción total o parcial de actividad empresarial derivada de los daños materiales producidos en el continente y contenido, ya sea por incendio, agua, rayo, actos vandálicos, explosión, inundación, eléctricos etc., que sean cubiertos por la póliza.

Tal y como ha sido redactado el artículo 15 de las condiciones generales de la póliza suscrita, no genera dudas interpretativas que determinen la aplicación de la regla *contra proferentem* del art. 1288 del CC con su correlativa interpretación jurisprudencial (sentencias 248/2009, de 2 de abril; 601/2010, de 1 de octubre; 71/2019, de 5 de febrero; 373/2019, de 27 de junio, 636/2020, de 25 de noviembre y 87/2021, de 17 de febrero, entre otras), ni cabe alcanzar una conclusión distinta fundada en una hermenéutica sistemática de las condiciones particulares y generales de la póliza (art. 1285 CC).

El art. 16 b) de las condiciones generales del contrato, bajo el epígrafe riesgos no cubiertos, no transmuta la definición del riesgo asegurado, que se lleva a efecto en el art. 15 de las condiciones generales, sino que, por el contrario, la refuerza y precisa, al insistir en que no cubre:

«Siniestros no amparados ni indemnizados por la Compañía a través de la Cobertura de Daños Materiales prevista en estas Condiciones Generales, ni los de bienes y establecimientos no asegurados por la póliza».

Por otra parte, no cubrir los riesgos de la emergencia sanitaria sufrida por la pandemia del COVID-19, tampoco puede sorprender al asegurado, de manera que queden frustradas sus previsibles expectativas contractuales, para dispensar al precitado artículo 15 el tratamiento jurídico propio de las condiciones limitativas según la jurisprudencia antes reseñada (cláusulas sorpresivas).

Es más, la práctica aseguradora incluye con carácter general la cobertura de pérdida de beneficios como complementaria de los seguros de daños materiales; es decir, que el objeto de aseguramiento es la pérdida de beneficios derivados de un siniestro cubierto en la póliza a modo de una prestación adicional causalizada, no autónoma e independiente, desligada de la clase de seguro multirriesgo suscrito. Esta vinculación con un daño material cubierto es la tesis de la doctrina mayoritaria al interpretar lo dispuesto en los arts. 63 y siguientes de la LCS, todo ello sin perjuicio de la delimitación del riesgo de otra manera, pero que no es caso que ahora nos ocupa.

Por otra parte, es doctrina consolidada de esta sala que la aceptación de las condiciones generales por parte del asegurado mediante su firma en las

condiciones particulares con referencia expresa a aquellas implica su aceptación, salvo cuando la referencia a ellas se haga con carácter genérico e indeterminado de manera que sea susceptible de inducir a confusión (SSTS 704/2006, de 7 de julio; 676/2008, de 15 de julio; 225/2018, de 17 de abril; 263/2021, de 6 de mayo).

En el caso presente, consta expresamente, en las condiciones particulares, que el tomador recibe un ejemplar de las condiciones generales con la concreta indicación de su modelo de referencia, que son precisamente las aportadas por la aseguradora y que, por consiguiente, las que forman parte integrante inescindible del contrato suscrito (art. 1 LCS).

CUARTO.- Costas y depósito

- 1.-** Procede imponer las costas procesales del recurso interpuesto a la parte recurrente, al ser desestimado (art. 398 LEC).
- 2.-** Acordamos la pérdida del depósito constituido para recurrir (disposición adicional 15, apartado 9, LOPJ).

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

- 1.º-** Desestimar el recurso de casación interpuesto por el demandante D. J., contra la sentencia 256/2022, de 22 de junio, dictada por la sección cuarta de la Audiencia Provincial de Oviedo, en el recurso de apelación n.º 217/2022.
- 2.º-** Imponer al recurrente las costas procesales del recurso y decretamos la pérdida del depósito constituido para recurrir.

Líbrese al mencionado tribunal 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.

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 7831/2022

Ponente: Excmo. Sr. D. Antonio García Martínez

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

TRIBUNAL SUPREMO
Sala de lo Civil
PLENO

Sentencia núm. 603/2025

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Ignacio Sancho Gargallo, presidente

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Antonio García Martínez

D. Manuel Almenar Belenguer

En Madrid, a 21 de abril de 2025.

Esta Sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por la entidad mercantil Preparats Morato, S.L. representada por el procurador D. Eduardo Moya Gómez, bajo la dirección letrada de D. Ángel Alcalde Ballell, contra la sentencia n.º 380/2022, dictada el 21 de septiembre de 2022 por la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Girona, en el recurso de apelación n.º 466/2022, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 565/2021, del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Girona. Ha sido parte recurrida Reale Seguros Generales,

S.A., representada por la procuradora D.^a Iciar de la Peña Argacha y bajo la dirección letrada de D.^a Laura Aules Sole.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Antonio García Martínez.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. *Tramitación en primera instancia*

1. La procuradora D.^a Carmen Expósito Rubio, en nombre y representación de la entidad mercantil Preparats Morato, S.L., interpuso una demanda de procedimiento ordinario juicio en reclamación de la suma de veintiséis mil setecientos (26.700,00) euros, más los intereses legales correspondientes, en concepto de reclamación de cantidad por incumplimiento contractual, contra la aseguradora Reale Seguros Generales, S.A., en la que solicitaba se dictara sentencia por la que:

«[e]stimando la demanda, se condene a la aseguradora demandada a satisfacer y pagar a mi mandante, la mercantil PREPARATS MORATO, S.L., la cantidad de VEINTISÉIS MIL SETECIENTOS (26.700.00 -€) EUROS, con más los intereses legales fijados en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro y las costas del Procedimiento, quedando con ello fijada la cuantía de la presente Reclamación Judicial.».

2. La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Girona y se registró como Procedimiento ordinario n.º 565/2021. Una vez fue admitida a trámite mediante decreto de 22 de marzo de 2021, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3. La procuradora D.^a Rosa María Bartolomé Foraster, en representación de Reale Seguros Generales, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba:

«[1.]Admitido este escrito, solicito que se me tenga por comparecido y parte en méritos del poder para juicios que se acompaña, en representación de REALE SEGUROS GENERALES S.A.

»2. Tener por contestada a la demanda, promovida por PREPARATS MORATO S.L., postulando la absolución para mi principal, con desestimación íntegra de la demanda, con la preceptiva imposición de las costas procesales.

»3. Se tenga por admitida la documentación acompañada a la presente contestación a la demanda.

»4. Se tenga por hecho el anuncio de la pericial actuarial que pretendemos aportar».

4. Tras seguirse los trámites correspondientes, la Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Girona dictó la sentencia n.º 210/2022, de 11 de mayo de 2022, con la siguiente parte dispositiva:

«FALLO:

»Desestimar la demanda interpuesta por el Procurador de los Tribunales D.ª Carme Expósito Rubio en nombre y representación de PREPARATS MORATO S.L, por lo que debo absolver a REALE SEGUROS GENERALES SA de la pretensión ejercitada frente a ella, con expresa imposición de costas a la parte actora».

SEGUNDO. *Tramitación en segunda instancia*

1. La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de la mercantil Preparats Morato, S.L.

2. La resolución de este recurso correspondió a la sección Segunda de la Audiencia Provincial de Girona, que lo tramitó con el número de rollo de apelación 466/2022, y tras seguir los correspondientes trámites dictó la sentencia n.º 380/2022, de 21 de septiembre de 2022, cuya parte dispositiva dispone:

«FALLO:

»Desestimamos el recurso de apelación interpuesto por la procuradora Carme Expósito Rubio, en representación de Preparats Morato, S.L., sin hacer imposición de costas de ninguna de ambas instancias».

TERCERO. *Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y del recurso de casación.*

1. La procuradora D.ª Carmen Expósito Rubio, en representación de la entidad mercantil Preparats Morato, interpuso recurso extraordinario por infracción

procesal y recurso de casación por interés casacional por oposición a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo.

1.1. Fundamenta la interposición del recurso extraordinario por infracción procesal en un motivo que introduce en el escrito con el siguiente encabezamiento:

«[...]En el presente motivo de recurso, en base al artículo 469.1.3º, se denuncia la infracción del artículo 428.1 de la LEC, por entender esta parte que la Sentencia recurrida vulnera el citado precepto en el fundamento jurídico 15º al determinar que el contrato de seguro multirriesgo firmado entre las partes i objeto del presente litigio, no cubre la pérdida de beneficios del negocio o su paralización por cualquier causa, sino sólo cuando ha estado provocado por la producción de cualquiera de los daños cubiertos por la póliza.»

1.2. Fundamenta la interposición del recurso de casación en un único motivo que introduce en el escrito con el siguiente encabezamiento:

«[...]Primero.- Al amparo del artículo 477.1 de la LEC, infracción de la doctrina de la Sala sobre aplicación de las cláusulas limitativas insertas en las Condiciones Generales de la póliza de seguros, con sujeción a los requisitos del artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.»

2. Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 20 de marzo de 2024, cuya parte dispositiva es como sigue:

«1º) Admitir el recurso de casación y el recurso extraordinario por infracción procesal interpuestos por la representación procesal de Preparats Morato SL contra la sentencia dictada con fecha 21 de septiembre de 2022, por la Audiencia Provincial de Girona (Sección 2.ª), en el rollo de apelación 466/2022, dimanante de los autos de juicio ordinario núm. 565/2021 del Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Girona.

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

»Contra este auto no cabe recurso alguno por disponerlo expresamente los arts. 473.3 y 483.5 de la LEC».

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

4. Por providencia de 27 de noviembre de 2024 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 29 de enero de 2025, día en el que, en consideración a la materia a que se refiere la cuestión litigiosa, se acordó suspender la deliberación del asunto y acordar que pasase al conocimiento del Pleno de la Sala, señalándose nuevamente para votación y fallo el día 2 de abril del 2025, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. *Resumen de antecedentes*

1. Preparats Morato, S.L. (en adelante, Preparats) interpuso una demanda de juicio ordinario de reclamación de cantidad contra Reale Seguros Generales, S.A. (en adelante, Reale), en la que solicitó que se dictara sentencia con los pronunciamientos que ya han sido transcritos en el antecedente de hecho primero de esta resolución.

En la demanda interpuesta, Preparats alegó:

i) Que había concertado con Reale una póliza de seguro sobre un local de negocio destinado a la actividad de restauración -el restaurante denominado «Amber», sito en Girona, c/ Cerveri n.º 5-, que cubría determinados daños y, en un apartado especial, incluía una indemnización diaria por pérdida de beneficios de trescientos euros al día, durante un periodo de tres meses, con una franquicia de veinticuatro horas.

ii) Que, estando vigente dicho contrato de seguro, el restaurante «Amber» permaneció cerrado desde el 14 de marzo hasta el 24 de mayo de 2020 por orden del Gobierno de la Nación, y desde el 15 de octubre hasta el 15 de noviembre de 2020 por decisión de la Generalitat de Catalunya, como

consecuencia de la pandemia de COVID-19, lo que supuso un total de ciento dos días de paralización completa de la actividad, sin ingreso alguno.

iii) Que, a pesar de que se produjo de manera clara y evidente el riesgo asegurado -la pérdida de beneficios por la paralización de la actividad-, Reale negó la cobertura de la póliza, alegando la existencia de ciertas restricciones de derechos contenidas en las condiciones particulares y generales del contrato, que no fueron aceptadas expresamente mediante la correspondiente rúbrica, y según las cuales solo estaría obligada al pago de la indemnización por pérdida de beneficios cuando esta derivara de daños cubiertos por la propia póliza, pero no en caso de pandemia.

2. Reale se opuso a la demanda y el Juzgado de Primera Instancia dictó sentencia desestimatoria. El juzgado consideró que no había quedado acreditado que el cierre decretado durante la pandemia hubiera afectado al restaurante «Amber», al no haberse demostrado que este tuviese actividad y estuviese abierto al público en esas fechas. Señaló, además, que no se habían aportado las declaraciones del Impuesto sobre Sociedades correspondientes a los ejercicios 2019 y 2020.

3. La sentencia de segunda instancia desestimó el recurso de apelación interpuesto por Preparats contra la resolución dictada en primera instancia.

La Audiencia Provincial discrepa del juzgado y considera acreditado que el restaurante «Amber» sí se encontraba en funcionamiento en el momento en que se vio obligado a cerrar a causa de la pandemia.

No obstante, concluye que la indemnización solicitada no puede ser concedida. La razón de la decisión desestimatoria se expone en el fundamento de derecho decimoquinto de la sentencia impugnada, en los siguientes términos:

«El contrato de seguro multirriesgo firmado entre las partes y objeto de este litigio, no cubre la pérdida de beneficios del negocio o su paralización por cualquier causa, sino solo cuando ha sido provocada por la producción de cualesquiera de los daños cubiertos por la póliza.

»Partiendo de esta premisa, el paro de la actividad del negocio consecuencia de la declaración del estado de alarma por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, y sus

sucesivas prórrogas, como medida para mirar de frenar el coronavirus, no está incluida en ninguna de las coberturas del contacto de seguro entre las partes.

»En este mismo sentido se han pronunciado, la Sección Primera de la Audiencia de Murcia en su Sentencia de 28 de febrero de 2022, o la Sentencia 126/2022 de la Sección Sexta de la de Asturias con sede en Oviedo.».

4. Frente a dicha sentencia, Preparats ha interpuesto sendos recursos extraordinarios, de infracción procesal y de casación. Los recursos han sido admitidos. Y Reale se ha opuesto, solicitando su desestimación.

SEGUNDO. *Recurso extraordinario por infracción procesal*

1. *Planteamiento del recurso.*

El recurso se funda en un motivo único en el que se denuncia, con base en el art. 469.1.3.º de la LEC:

«[l]a infracción del artículo 428.1 de la LEC, por entender esta parte que la Sentencia recurrida vulnera el citado precepto en el fundamento jurídico 15º al determinar que el contrato de seguro multirriesgo firmado entre las partes i (sic) objeto del presente litigio, no cubre la pérdida de beneficios del negocio o su paralización por cualquier causa, sino sólo cuando ha estado provocado por la producción de cualquiera de los daños cubiertos por la póliza.».

La recurrente se queja porque la sentencia recurrida «[d]a por fundamentado que el contrato de seguro entre las partes se halla firmado, cuando la falta de la firma en las condiciones generales de la póliza es un hecho controvertido, conforme al marco de los extremos controvertidos fijados en la Audiencia Previa.».

2. *Decisión de la Sala: desestimación el recurso.*

Procede desestimar el motivo, y con ello el recurso extraordinario por infracción procesal, por las razones que se exponen a continuación.

La afirmación contenida en el fundamento de derecho decimoquinto de la sentencia recurrida -«El contrato de seguro multirriesgo firmado entre las partes [...]»- no puede entenderse de forma estrictamente literal, es decir, en el sentido de seguro en el que la asegurada puso su firma manuscrita. En realidad, la expresión utilizada por la Audiencia Provincial -«firmado entre las partes»- debe interpretarse en su contexto material, y no formal, como

sinónimo de «concertado» o «convenido», lo que implica que se refiere a un contrato de seguro perfeccionado y en vigor entre las partes, independientemente de la falta de firma.

Además, es manifiesto que la recurrente no firmó la póliza y que esta circunstancia constituye, ciertamente, un hecho sobre el que existe conformidad. La recurrida, en el escrito de contestación a la demanda, dijo: «Ya hemos reconocido la existencia de la póliza, que la demandante nunca devolvió firmada a REALE, precisamente para eludir los eventuales controles de incorporación de las cláusulas que pudieran afectarle».

En cualquier caso, lo alegado no podría considerarse una infracción del art. 428.1 de la LEC, ya que la transgresión de dicho precepto, conforme a su hipótesis normativa, no se produce cuando el tribunal considera controvertido o no controvertido un hecho que no lo es. La infracción solo tendría lugar cuando, siendo procedente la continuación de la audiencia previa, el tribunal no continúa con ella «para que las partes o sus defensores, con el tribunal, fijen los hechos sobre los que exista conformidad y disconformidad de los litigantes».

TERCERO. *Recurso de casación*

1. *Planteamiento del recurso.*

El recurso se funda en un motivo único en el que se denuncia:

«[la] infracción de la doctrina de la Sala sobre aplicación de las cláusulas limitativas insertas en las Condiciones Generales de la póliza de seguros, con sujeción a los requisitos del artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.».

La recurrente alega, por una parte, que en las condiciones particulares de la póliza figura contratada la garantía de indemnización diaria por «Pérdida de Beneficios», consistente en trescientos euros diarios durante un periodo de tres meses, con una franquicia de un día; que dicha cláusula no está sujeta a condición alguna, más allá de su duración temporal (tres meses) y del límite económico (trescientos euros diarios con franquicia); y que se trata de una cláusula delimitadora, en tanto fija el objeto del contrato y define la obligación asumida por la aseguradora.

Por otra parte, señala que en las condiciones generales de la póliza - concretamente, en la página 26- se supedita la activación de la cobertura por «pérdida de beneficios» a la previa existencia de un siniestro que haya causado daños materiales, al establecerse que la póliza garantiza una indemnización «en caso de paralización total o parcial de la actividad en el local asegurado a consecuencia de las siguientes coberturas, y siempre que estas hayan sido contratadas: incendio y complementarios, riesgos extensivos, daños por agua y robo». Afirma que esta disposición constituye una cláusula limitativa, pues restringe o condiciona el derecho del asegurado a percibir la indemnización cuando el riesgo asegurado se ha producido; y recuerda que, conforme al artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados deben ser expresamente aceptadas por escrito.

2. Decisión de la Sala: desestimación del recurso.

Procede desestimar el motivo, y con ello el recurso de casación, por las razones que se exponen a continuación.

2.1. En la sentencia n.º 602/2025, de 21 de abril, hemos dicho sobre las condiciones delimitadoras y limitativas del riesgo y su diferenciación, lo siguiente:

«Con la finalidad de la individualización del riesgo, adecuarlo a los intereses de las partes, y proceder a la fijación de la cuantía de la prima, se acude a la inclusión, en las correspondientes pólizas, de condiciones delimitadoras y limitativas del riesgo asegurado. La distinción entre unas y otras, como hemos destacado de forma reiterada, desde un punto de vista estrictamente teórico aparece relativamente sencilla, pero, en su aplicación práctica, no deja de presentar dificultades e inconvenientes para calificarlas de una u otra manera.

»En principio, la distinción es conceptualmente fácil de establecer.

»En efecto, una condición delimitadora define el objeto del contrato, perfila el compromiso que asume la compañía aseguradora, de manera tal que, si el siniestro acaece fuera de dicha delimitación positiva o negativamente explicitada en el contrato, no nace la obligación de la compañía aseguradora de hacerse cargo de su cobertura.

»Las cláusulas limitativas, por el contrario, desempeñan un papel asaz distinto, en tanto en cuanto restringen el derecho de resarcimiento del asegurado.

»En este sentido, la sentencia 541/2016, de 14 de septiembre, cuya doctrina cita y ratifican las más recientes sentencias 58/2019, de 29 de enero; 661/2019, de 12 de diciembre y 1321/2023, de 27 de septiembre, señala que:

»«[d]esde un punto de vista teórico, la distinción entre cláusulas de delimitación de cobertura y cláusulas limitativas parece, a primera vista, sencilla, de manera que las primeras concretan el objeto del contrato y fijan los riesgos que, en caso de producirse, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación por constituir el objeto del seguro. Mientras que las cláusulas limitativas restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización o a la prestación garantizada en el contrato, una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido».

»Las dificultades expuestas han llevado a la jurisprudencia a intentar establecer criterios distintivos entre unas y otras cláusulas. En tal esfuerzo de concreción jurídica, es de obligada cita la STS 853/2006, 11 de septiembre, del Pleno de esta Sala, que señala que son delimitadoras las condiciones:

»«[m]ediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando qué riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla».

»La precitada sentencia 853/2006 sienta una doctrina, que es recogida posteriormente en otras muchas resoluciones de este tribunal, como las SSTs 1051/2007 de 17 de octubre; 676/2008, de 15 de julio; 738/2009, de 12 de noviembre; 598/2011, de 20 de julio; 402/2015, de 14 de julio, 541/2016, de 14 de septiembre; 147/2017, de 2 de marzo; 590/2017, de 7 de noviembre; 661/2019, de 12 de diciembre; 1321/2023, de 27 de septiembre; 1344/2023, de 3 de octubre, según la cual son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan:

»(i) qué riesgos constituyen dicho objeto;

»(ii) en qué cuantía;

»(iii) durante qué plazo;

»y (iv) en que ámbito temporal o espacial.

»El papel que, por el contrario, se reserva a las cláusulas limitativas radica en restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización, una vez que el riesgo, objeto del seguro, se ha producido (SSTS de 16 de mayo y 16 octubre de 2000, 273/2016, de 22 de abril, 520/2017, de 27 de septiembre, 590/2017, de 7 de noviembre, 661/2019, de 12 de diciembre, 1321/2023, de 27 de septiembre, 1344/2023, de 3 de octubre).

»En palabras de la STS 953/2006, de 9 de octubre, serían:

»«[l]as que empeoran la situación comercial del asegurado».

»Un criterio utilizado para determinar la naturaleza de ciertas cláusulas, y aplicarles el tratamiento jurídico de las limitativas, es referirlas al contenido natural del contrato; esto es al «[a]lcanze típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora» (SSTS 273/2016, de 22 de abril, 541/2016, de 14 de septiembre y 147/2017, de 2 de marzo).

»En este sentido, se atribuye el trato de limitativa a la cláusula sorpresiva (STS 58/2019, de 29 de enero y 661/2019, de 12 de diciembre); es decir, la que altera ese contenido natural o usual de la modalidad aseguradora concertada de manera que frustra las razonables expectativas convencionales del asegurado.

»Las consecuencias de la diferenciación entre ambas tipologías de cláusulas limitativas o delimitadoras deviene fundamental, dado que estas últimas -las delimitadoras- quedan sometidas al régimen de aceptación genérica, (SSTS 366/2001, de 17 de abril; 303/2003, de 20 de marzo; 14 de mayo 2004, en recurso 1734/1998; 1033/2005, de 30 de diciembre), sin la necesidad de la observancia de los requisitos de incorporación que se exigen, por el contrario, a las que ostentan la calificación jurídica de limitativas, sometidas a los requisitos previstos en el art. 3 LCS; esto es, estar destacadas de un modo especial, y ser expresamente aceptadas por escrito, formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un conocimiento cabal y exacto del riesgo cubierto (SSTS 516/2009, de 15 de julio; 268/2011, de 20 de abril; 541/2016, de 14 de septiembre; 234/2018, de 23 de abril; 58/2019, de 29 de enero; 418/2019, de 15 de julio), y que además han de concurrir conjuntamente (SSTS 676/2008, de 15 de julio; 402/2015, de 14 de julio; 76/2017, de 9 de febrero, 661/2019, de 12 de diciembre y 1321/2023, de 27 de septiembre, 1344/2023, de 3 de octubre).».

En el caso resuelto por esta sentencia se planteó si el art. 15 de las condiciones generales de un contrato de seguro multirriesgo de comercio y autoemprendedores -que cubría los daños materiales en contenido y continente derivados de incendio, fenómenos atmosféricos, daños eléctricos, agua, rotura de cristales, robo, entre otros, así como otras coberturas y garantías complementarias, incluida la de pérdida de la explotación con una suma asegurada de 310,87 euros diarios y un periodo de indemnización de tres meses- contenía una cláusula delimitadora o, por el contrario, una cláusula limitativa del riesgo. En concreto, dicho precepto describía el objeto de esta última cobertura en los siguientes términos:

«La cobertura será de aplicación siempre que se produzca una interrupción temporal, total o parcial de la actividad del establecimiento asegurado a consecuencia de los daños materiales directos sufridos por los bienes asegurados en las situaciones descritas en dichas

Condiciones Particulares, derivados de la cobertura de daños materiales de este contrato y a condición de que dichos daños se encuentren cubiertos y sean indemnizados por la compañía».

La Sala concluyó, con fundamento en la doctrina mencionada con anterioridad, que tal cláusula no tenía carácter limitativo, sino delimitador del riesgo. Dijimos en este sentido:

«[d]e la lectura del artículo 15 de las condiciones generales del contrato de seguro litigioso, resulta la conexión o relación de causalidad que debe existir entre los daños materiales, objeto de cobertura en la póliza, con la paralización total o parcial de la actividad del establecimiento asegurado, de manera tal que no comprende siniestros derivados de riesgos no cubiertos, como son los generados por el cierre del local litigioso como consecuencia de la crisis sanitaria producida por la pandemia del COVID-19.

»En esta modalidad de seguro de pérdida de beneficios por interrupción de la empresa, prevista en el art. 66 de la LCS, alcanza una especial importancia la configuración convencional de la cobertura, al normar que:

»«[e] titular de una empresa puede asegurar la pérdida de beneficios y los gastos generales que haya de seguir soportando cuando la Empresa quede paralizada total o parcialmente a consecuencia de los acontecimientos delimitados en el contrato».

»Según la precitada definición legal se indemnizan la pérdida de los beneficios y los gastos generales, producidos por la paralización de la actividad empresarial, pero no por cualquier causa, sino los que tenga su origen en los acontecimientos delimitados en la póliza de seguro suscrita.

»[...]

»Pues bien, si consideramos como delimitadoras del riesgo las condiciones que definen el objeto del contrato, de manera que perfilan el compromiso que asume la compañía aseguradora, acotando positiva o negativamente el contorno del riesgo asumido, dicha condición 15 debe ser calificada como delimitadora. La finalidad pretendida, mediante su incorporación al contrato, no es la de restringir, condicionar o modificar el derecho de resarcimiento del asegurado, características propias de las cláusulas limitativas, sino fijar el contorno de la cobertura; no restar, sino precisar.

»En este caso, quedó la cobertura delimitada a la interrupción total o parcial de actividad empresarial derivada de los daños materiales producidos en el continente y contenido, ya sea por incendio, agua, rayo, actos vandálicos, explosión, inundación, eléctricos etc., que sean cubiertos por la póliza.

»Tal y como ha sido redactado el artículo 15 de las condiciones generales de la póliza suscrita, no genera dudas interpretativas que determinen la aplicación de la regla *contra proferentem* del art. 1288 del CC con su correlativa interpretación jurisprudencial (sentencias 248/2009, de 2 de abril; 601/2010, de 1 de octubre; 71/2019, de 5 de febrero; 373/2019, de 27 de junio, 636/2020, de 25 de noviembre y 87/2021, de 17 de febrero, entre otras), ni cabe alcanzar una conclusión distinta fundada en una hermenéutica sistemática de las condiciones particulares y generales de la póliza (art. 1285 CC).

»El art. 16 b) de las condiciones generales del contrato, bajo el epígrafe riesgos no cubiertos, no transmuta la definición del riesgo asegurado, que se lleva a efecto en el art. 15 de las condiciones generales, sino que, por el contrario, la refuerza y precisa, al insistir en que no cubre:

»“Siniestros no amparados ni indemnizados por la Compañía a través de la Cobertura de Daños Materiales prevista en estas Condiciones Generales, ni los de bienes y establecimientos no asegurados por la póliza”.

»Por otra parte, no cubrir los riesgos de la emergencia sanitaria sufrida por la pandemia del COVID-19, tampoco puede sorprender al asegurado, de manera que queden frustradas sus previsibles expectativas contractuales, para dispensar al precitado artículo 15 el tratamiento jurídico propio de las condiciones limitativas según la jurisprudencia antes reseñada (cláusulas sorpresivas).

»Es más, la práctica aseguradora incluye con carácter general la cobertura de pérdida de beneficios como complementaria de los seguros de daños materiales; es decir, que el objeto de aseguramiento es la pérdida de beneficios derivados de un siniestro cubierto en la póliza a modo de una prestación adicional causalizada, no autónoma e independiente, desligada de la clase de seguro multirriesgo suscrito. Esta vinculación de la pérdida de beneficios con un daño material cubierto es la tesis de la doctrina mayoritaria al interpretar lo dispuesto en los arts. 63 y siguientes de la LCS, todo ello sin perjuicio de la delimitación del riesgo de otra manera, pero que no es caso que ahora nos ocupa.».

2.2. El caso que es objeto de este recurso presenta características sustancialmente iguales al ya resuelto por la sentencia anterior. La asegurada pretende que la aseguradora le pague la indemnización prevista en el contrato de seguro concertado para el caso de pérdida de beneficios al haber permanecido el local asegurado -en el que estaba instalado un restaurante- sin actividad a consecuencia del cierre que se produjo a causa de la pandemia de COVID-19. En dicho contrato, denominado SegurNegocio, se incluyen, entre las coberturas básicas, los daños en el contenido y el continente producidos por incendio, explosión caída del rayo y otros fenómenos atmosféricos, agua,

roturas, etc. y figuran, entre las coberturas opcionales, la pérdida de beneficios con una indemnización diaria de hasta 300 euros, con un límite de tres meses y una franquicia de 24 horas. Además, en la página 26 del contrato se precisa lo que se cubre por pérdida de beneficios: la indemnización en caso de paralización total o parcial de la actividad en el local asegurado a consecuencia de las siguientes coberturas, y siempre que estas hayan sido contratadas: incendio y complementarios, riesgos extensivos, daños por agua y robo.

Siendo así, y al tratarse de una situación equiparable, el presente caso debe resolverse en el mismo sentido que el anterior, aplicando la misma doctrina jurisprudencial, en aras del principio de igualdad en la aplicación judicial del Derecho (art. 14 CE). En consecuencia, debe concluirse que la cláusula discutida no es limitativa del derecho del asegurado en el sentido del art. 3 de la LCS, sino delimitadora del riesgo, por lo que no está sujeta a los requisitos de especial aceptación del art. 3 de la LCS, procediendo la desestimación del recurso.

CUARTO. *Costas y depósitos*

Al desestimarse tanto el recurso extraordinario por infracción procesal como el recurso de casación, procede imponer las costas de dichos recursos a la recurrente, con pérdida de los depósitos constituidos para recurrir (arts. 398.1 y 394.1 LEC y disposición adicional 15.^a, apartado 9.^a, LOPJ, respectivamente).

F A L L O

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

Desestimar los recursos extraordinarios por infracción procesal y de casación interpuestos por Preparats Morato, S.L. contra la sentencia dictada por la

Sección n.º 2 de la Audiencia Provincial de Girona, con el n.º 380/2022, el 21 de septiembre de 2022, en el recurso de apelación 466/2022 -2, con imposición de las costas de dichos recursos a la recurrente y pérdida de los depósitos para recurrir.

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

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

Así se acuerda y firma.

CASACIÓN núm.: 8360/2022

Ponente: Excm. Sra. D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Fernando Javier Navalón
Romero

TRIBUNAL SUPREMO
Sala de lo Civil
PLENO

Sentencia núm. 604/2025

Excmos. Sres. y Excm. Sra.

D. Ignacio Sancho Gargallo, presidente

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Antonio García Martínez

D. Manuel Almenar Belenguer

En Madrid, a 21 de abril de 2025.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por Caja de Seguros Reunidos Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., representada por la procuradora D.^a Yolanda Fernández Rey y bajo la dirección letrada de D. José Benigno Varela Couceiro, contra la sentencia n.º 550/2022, de 12 de julio, dictada por la Sección 1.^a de la Audiencia Provincial de León en el recurso de apelación n.º 363/2022, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 837/2021 del Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de León, sobre contrato de seguro multirriesgo denominado “Caser Comercio”. Ha sido parte recurrida D.^a

L., representada por la procuradora D.^a Montserrat Arias Aguirrezabala y bajo la dirección letrada de D. Jaime Diéguez Bodelón.

Ha sido ponente la Excma. Sra. D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1. D.^a L (sic) interpuso demanda de juicio ordinario contra Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros (CASER), en la que solicitaba se dictara sentencia por la que:

«se condene a la entidad aseguradora a abonar a mi mandante la cantidad de TRECE MIL QUINIENTOS EUROS (13.500€) así como los intereses y con expresa condena en costas».

2. La demanda fue presentada el 3 de septiembre de 2021 y, repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de León, fue registrada con el n.º 837/2021. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3. Caja de Seguros Reunidos Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. CASER contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda con expresa condena en costas a la actora.

4. Tras seguirse los trámites correspondientes, el Magistrado Juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de León dictó sentencia de fecha 2 de febrero de 2022, con el siguiente fallo:

«Que estimando sustancialmente la demanda presentada por la procuradora Sra. Arias Arriguezabala en nombre y representación de Sra. L. contra CAJA DE SEGUROS REUNIDOS CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A debo condenar y condeno a la demandada al pago a la actora de la cantidad de TRECE MIL DOSCIENTOS EUROS (13.200 €), más el interés legal correspondiente, sin expresa imposición de costas».

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1. La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. CASER.

2. La resolución de este recurso correspondió a la Sección 1.^a de la Audiencia Provincial de León, que lo tramitó con el número de rollo 363/2022 y, tras seguir los correspondientes trámites, dictó sentencia en fecha 12 de julio de 2022, con el siguiente fallo:

«DESESTIMAMOS el recurso de apelación formulado por la representación procesal de CAJA DE SEGUROS REUNIDOS CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A contra la Sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de León de fecha 2 de febrero de 2022, y, en su virtud:

»1.- Se confirma la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de León en el procedimiento ordinario n.º 837/2021.

»2.- Se imponen a la recurrente las costas causadas por el recurso de apelación».

TERCERO.- *Interposición y tramitación del recurso de casación*

1. Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

«Primero.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.2.3.º de la LEC por inaplicación de lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y por aplicación indebida del artículo 1288 del Código Civil.

»Segundo.- Al amparo del artículo 477.2.3º de la LEC por infracción del artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por inaplicación».

2. Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta sala y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta sala y personadas las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 8 de mayo de 2024, cuya parte dispositiva es como sigue:

«LA SALA ACUERDA:

»Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de Caja de Seguros Reunidos Compañía de Seguros y Reaseguros SA contra la sentencia dictada con

fecha 12 de julio de 2022, por la Audiencia Provincial de León (Sección 1.ª), en el rollo de apelación 363/2022, dimanante de los autos de juicio ordinario núm. 837/2021 del Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de León».

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

4. Por providencia de 27 de noviembre de 2024 se nombró ponente a la que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 29 de enero de 2025, fecha en que fue suspendido y se acordó su pase a conocimiento del Pleno de la Sala a cuyo efecto se señala el día 2 de abril de 2025, fecha en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes y objeto del recurso*

El recurso plantea como cuestión jurídica si la interpretación de la expresión «riesgos extensivos» que se utiliza en las condiciones generales para describir las coberturas del seguro «Caser comercio» permite entender que se cubren las pérdidas por paralización debida a cualquier causa, incluida la paralización motivada por las resoluciones administrativas que se adoptaron durante la pandemia del covid-19. Ello a pesar de que en el condicionado la pérdida económica por paralización de la actividad del negocio se vincula a las paralizaciones que sean consecuencia de los eventos y daños cubiertos por el propio contrato, que en el caso no han concurrido.

Son antecedentes necesarios, tal como se recogen en la sentencia recurrida, los siguientes.

1. El 3 de septiembre de 2021, L. (en la demanda figuran erróneamente los apellidos en orden inverso) presenta una demanda contra Caja de Seguros

Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser) por la que solicita la condena a la demandada al pago de 13 500 €.

La actora alega, en síntesis:

(i) El 16 de septiembre de 2019, suscribió con Caser un seguro denominado «Caser comercio», anual renovable, vigente cuando se aprobó el estado de alarma y sus prórrogas debido a la pandemia del covid-19, que tuvo por objeto un restaurante (L. B.).

(ii) Según la póliza que aporta como documento 2 de la demanda, en las condiciones particulares, apartado «Características del Riesgo Declaradas», se fija como número de días de indemnización para pérdida de beneficios diaria 90, y como cobertura contratada 150 euros de límite diario de indemnización y un límite de indemnización de 13 500,00 euros. La actora afirma en su demanda: «esa indemnización asociada a la garantía por "pérdida de beneficios" tiene el objeto de resarcir al asegurado de los daños o perjuicios que sufra a consecuencia del cierre de su negocio/paralización de su actividad como expresamente recoge la propia entidad aseguradora, dentro de la póliza "Caser Comercio" bajo su apartado "Qué se asegura" en su propia web».

Para acreditar su afirmación la actora acompaña a la demanda, como documento 3, un pdf en el que se recoge la información publicada en la web de la entidad.

(iii) En septiembre de 2020, Caser aumentó unilateralmente las limitaciones recogidas en las coberturas de la póliza, e incluyó «Ayuda covid - no contratada».

La actora aporta como documento 4 la póliza que le remitió la entidad en septiembre de 2020, coincidente con la reapertura del establecimiento tras el cierre por la pandemia.

(iii) A causa de la pandemia y de las medidas adoptadas por las autoridades, el restaurante debió permanecer cerrado entre el 14 de marzo y el 20 de junio de 2020, por un total de 98 días, y perdió las ganancias que esperaba obtener y cuya indemnización se reclamaba.

(iv) La compañía no ha atendido las reclamaciones que se le han dirigido.

2. Caser se opone a la demanda. Aporta, según dice, el condicionado general y el particular de la póliza (se trata de un documento denominado «Actualización de la póliza», que lleva la fecha 18 de octubre de 2021), aunque dice que también se remite al condicionado particular aportado por la actora. Señala que en las condiciones particulares aportadas por la actora (p. 7) se indica textualmente:

«El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el art. 122 RDOSSEAR. Asimismo declara recibir y mostrar su conformidad con el contenido de las condiciones particulares, generales y especiales, en su caso, del seguro concertado, y en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato».

Explica que en las condiciones generales (según dice en la pág. 32), se indica textualmente (reproduce cláusulas que se encuentran en las págs. 37 y 38 del documento que aporta):

«5. COBERTURA OPCIONAL E- PÉRDIDA DE BENEFICIOS DIARIA.

»A) Garantizamos:

»Por esta cobertura, se indemnizará a primer riesgo en caso de paralización de la actividad en el local asegurado originada a consecuencia de:

»1. Incendio, Rayo y Explosión.

»2. Riesgos extensivos.

»3. Daños por agua.

»4. Robo.

»Se entiende por paralización la imposibilidad de desarrollar la actividad mercantil del comercio u oficina asegurado, a consecuencia de alguno de los eventos indicados anteriormente. En el supuesto de que la paralización no fuese total, la indemnización será proporcional a la parte de la actividad que se viese afectada. La indemnización se determina y limita por cada local objeto del seguro, no procediendo en aquellas situaciones donde no se haya contratado esta garantía.

»El límite de indemnización diario y el período asegurado se encuentran indicados en las Condiciones Particulares. Se establece una franquicia de 48 horas aplicable a partir de la ocurrencia del siniestro.

»No computará, a efectos del número de días de paralización:

»a.) El retraso en la apertura que no sea originado por la estricta reparación de los daños causados por el siniestro. Por ejemplo, la realización de obras de mejora o reestructuración del local.

»b.) La duración no razonable de la reparación de los daños. Excepto cuando la misma sea realizada por proveedores seleccionados por CASER.

»NO garantizamos:

»a.) Cuando se produzca el siniestro durante el paro voluntario o forzoso de la actividad, la cesación del negocio o la liquidación amistosa o judicial.

»b.) Perjuicios ocasionados por la interrupción de la actividad comercial a causa de daños materiales en dinero efectivo, títulos, valores o demás documentos, planos, libros de contabilidad, ficheros, diseños, soportes informáticos de cualquier tipo o contenido.

»c.) Perjuicios ocasionados por la interrupción de la actividad comercial agravada notablemente por hechos extraordinarios acaecidos durante la interrupción, limitaciones oficiales relativas a la reconstrucción o restricciones del negocio fijadas por las Autoridades.

»d.) Perjuicios debidos a que el Asegurado no disponga del capital necesario para la reparación de los bienes dañados, destruidos o desaparecidos.

»e.) Siempre que no se asegure Contenido».

Caser argumenta que, para los supuestos indicados, que son los que delimitan el ámbito de aplicación de la póliza, sí se estaría cubriendo la indemnización diaria de un máximo de 150 euros, pero no cuando se produzca la pérdida de beneficios por motivos distintos a los indicados, como es el caso, en el que la paralización de la actividad y pérdida de beneficios se ha producido por motivos extraordinarios derivados de una pandemia y no por los hechos recogidos en la póliza. También argumenta que, en todo caso, no se han probado por la demandante la pérdida de beneficios alegada.

3. La sentencia de primera instancia estima sustancialmente la demanda y condena a la demandada a pagar a la actora 13 200 euros.

El juzgado señala, en primer lugar, que el contrato es un seguro multirriesgo, que, además de otros riesgos, cubre la pérdida de beneficios o el lucro cesante por paralización de actividad (arts. 63 y ss. LCS). Apunta que la cuestión controvertida es si este último riesgo se cubre cuando la paralización

es por cualquier causa o solo cuando la paralización se debe a causas previstas en el contrato, y entiende que para despejar esta duda debe estarse tanto a las condiciones particulares como a las generales, y transcribe (sin decir de dónde lo toma) como contenido que figura expresamente en el contrato celebrado:

«“Condiciones generales: ¿Qué se asegura? [...] Pérdida de beneficios diaria por paralización de la actividad a causa de un daño y/o pérdida cubierto por el contrato”. “¿Qué no está asegurado? “Los daños ocasionados por conflictos armados y terrorismo. Los daños ocasionados por hecho de carácter extraordinario o catastrófico, cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros (CSS). Los daños producidos a consecuencia de daños y/o pérdidas que, teniendo el carácter de extraordinario, el CSS no los cubra. Los daños y/o pérdidas, calificados por el Poder Público como catástrofe o calamidad Nacional”.

»“Condiciones particulares: [...] Coberturas E-Pérdida de Beneficios Diaria (límite diario de indemnización pérdida de beneficios. Contratada 150,00 €. Límites de la indemnización 13.500 €).

»5. COBERTURA OPCIONAL E- PÉRDIDA DE BENEFICIOS DIARIA.

»A) Garantizamos:

»Por esta cobertura, se indemnizará a primer riesgo en caso de paralización de la actividad en el local asegurado originada a consecuencia de:

»1. Incendio, Rayo y Explosión.

»2. Riesgos extensivos.

»3. Daños por agua.

»4. Robo.

»Se entiende por paralización la imposibilidad de desarrollar la actividad mercantil del comercio u oficina asegurado, a consecuencia de alguno de los eventos indicados anteriormente. En el supuesto de que la paralización no fuese total, la indemnización será proporcional a la parte de la actividad que se viese afectada. La indemnización se determina y limita por cada local objeto del seguro, no procediendo en aquellas situaciones donde no se haya contratado esta garantía.

»El límite de indemnización diario y el período asegurado se encuentran indicados en las Condiciones Particulares. Se establece una franquicia de 48 horas aplicable a partir de la ocurrencia del siniestro.

»No computará, a efectos del número de días de paralización:

»a.) El retraso en la apertura que no sea originado por la estricta reparación de los daños causados por el siniestro. Por ejemplo, la realización de obras de mejora o reestructuración del local.

»b.) La duración no razonable de la reparación de los daños. Excepto cuando la misma sea realizada por proveedores seleccionados por CASER.

»NO garantizamos:

»a.) Cuando se produzca el siniestro durante el paro voluntario o forzoso de la actividad, la cesación del negocio o la liquidación amistosa o judicial.

»b.) Perjuicios ocasionados por la interrupción de la actividad comercial a causa de daños materiales en dinero efectivo, títulos, valores o demás documentos, planos, libros de contabilidad, ficheros, diseños, soportes informáticos de cualquier tipo o contenido.

»c.) Perjuicios ocasionados por la interrupción de la actividad comercial agravada notablemente por hechos extraordinarios acaecidos durante la interrupción, limitaciones oficiales relativas a la reconstrucción o restricciones del negocio fijadas por las Autoridades.

»d.) Perjuicios debidos a que el Asegurado no disponga del capital necesario para la reparación de los bienes dañados, destruidos o desaparecidos.

»e.) Siempre que no se asegure Contenido»».

La sentencia del juzgado añade que en este caso se debe tener en cuenta el contrato de seguro vigente en el año 2019, pues fue el aplicable durante el tiempo en el que el siniestro tuvo lugar, “sin perjuicio”, dice, de las variaciones que *a posteriori* se han introducido como consecuencia de la renovación anual.

Luego, tras referirse a la jurisprudencia sobre cláusulas delimitativas y cláusulas limitativas, el juzgado afirma que la cláusula inserta en las condiciones generales según la cual la pérdida de beneficios solo se cubría cuando la interrupción de actividad fuese consecuencia de alguna de las coberturas objeto de aseguramiento principal (incendio, rayo y explosión, riesgos extensivos, daños por agua, y robo) es delimitadora del riesgo.

A continuación, el juzgado añade que debe discutirse si la pandemia y la paralización de la actividad ocasionada por la covid-19, entrarían dentro de estos riesgos asegurados, y más concretamente dentro del apartado “Riesgos extensivos”, pues, según dice el juzgado, es el que da pie a interpretación.

Finalmente, con apoyo en la doctrina de la interpretación de las cláusulas oscuras en los contratos de adhesión en favor del asegurado, el juzgado concluye que, en el caso, como la redacción es confusa, «no puede restringirse la interpretación del concepto “riesgos extensivos” hasta el punto de perjudicar al asegurado por lo que la paralización de la actividad derivada de la crisis sanitaria ocasionada por la covid-19 debe incluirse dentro de los supuestos cubiertos por la póliza contratada entre las partes».

Luego añade:

«Además, en este caso, hay que tener en cuenta que, en septiembre de 2020, la entidad aseguradora introdujo unilateralmente modificaciones en las coberturas de póliza señalando lo siguiente: “Ayuda covid no contratada”. No obstante, dado que la indemnización por pérdida de beneficios de actividad es anterior (se reclama por el cierre del establecimiento de marzo a septiembre de 2020), ese riesgo sí estaba cubierto, pues en modo contrario, no se introduciría la particularidad que, si rige a partir de septiembre de 2020, por lo que, aquello que no está ahora expresamente excluido, debería entenderse incluido».

El juzgado razona que en este caso la cláusula de las condiciones generales que se refiere a los riesgos extraordinarios es limitativa y no oponible por no cumplir las exigencias del art. 3 LCS, al no constar expresamente aceptada, a pesar de que en el documento 1 de la demanda (condiciones particulares) se dice que ha recibido y conoce las condiciones generales. Se refiere al procedimiento de contratación y a la falta de constancia de que realmente se remitieran las condiciones generales ni con la póliza de 2019, ni tampoco con la póliza del año 2020. Añade que la prueba de la firma corresponde por facilidad probatoria a la entidad aseguradora, que debería tener en su poder, firmado, el documento en el que se encuentran las cláusulas que quiere hacer valer.

Concluye que en cualquier caso, aunque se hubiera probado la firma, la cláusula sería lesiva por sorprendente y por desnaturalizar el contrato y abusiva según el art. 82 TRLGDCU, al vaciar de contenido el contrato y frustrar las expectativas.

Por lo que se refiere a cantidad que debe abonar la compañía aseguradora, de la solicitada por la actora con arreglo a la póliza, el juzgado

considera que se deben descontar 300 euros con arreglo a la franquicia de 48 horas a partir de la ocurrencia del siniestro, de acuerdo con lo previsto en las condiciones generales aportadas por la demandada de fecha 18 de octubre de 2021.

4. La demandada interpone un recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia. En el recurso, la demandada alega: que la sentencia del juzgado incurre en error en la valoración de la prueba en la interpretación del condicionado general de la póliza y en lo que concierne fundamentalmente a las cláusulas limitativas y a las cláusulas delimitadoras del riesgo.

De una parte, argumenta que la cláusula de la póliza relativa a los «daños extensivos» es una cláusula delimitadora o definitoria del riesgo, y no limitativa, por lo que no requeriría aceptación expresa ni firma por escrito; el concepto de «daños extensivos» se encuentra en las condiciones generales, que tras referirse a las coberturas básicas (incendio, explosión, rayo) añade lo que denomina «extensión de garantías», entre las que incluye ocho posibles causa de siniestro (fenómenos atmosféricos, inundación, derrame y extracción de lodos, actos de vandalismo o malintencionados, acción de humo o hollín, impacto de animales y vehículos terrestres, marítimos o aéreos, ondas sónicas, derrame o escape accidental de las instalaciones automáticas de extinción de incendios, bienes temporalmente desplazados). Alega la apelante que a estos riesgos extensivos, perfectamente delimitados en la póliza, se refiere la cobertura adicional E del apartado 5, de modo que la pérdida de beneficios no se refiere a cualquier situación sino solo a los riesgos cubiertos por la póliza.

De otra parte, señala que el cierre del establecimiento por pandemia estaría expresamente previsto en las cláusulas limitativas del contrato, que entre las exclusiones de cobertura incluye los hechos extraordinarios derivados de decisiones adoptadas por las autoridades («No garantizamos: Perjuicios ocasionados por la interrupción de la actividad comercial agravada notablemente por hechos extraordinarios acaecidos durante la interrupción, limitaciones oficiales relativas a la reconstrucción o restricciones del negocio fijadas por las Autoridades»).

5. Al oponerse al recurso de apelación, la demandante señala que todas las alegaciones que realiza la entidad aseguradora se fundamentan en un contrato distinto del que estaba en vigor, pues se corresponde con una actualización de póliza suscrita el 28 de octubre de 2021, que no estaba vigente al tiempo de acaecer el siniestro el 14 de marzo de 2020. La demandante recurrida razona que el contrato de seguro suscrito no condiciona la percepción de la indemnización a que la paralización de la actividad esté vinculada a daño alguno, y que la única limitación de la indemnización existente sería de tipo cuantitativa (150 €/día) y temporal (máximo de 30 días).

La demandante no impugna la sentencia y no cuestiona la aplicación por parte del juzgado de la franquicia incluida en las condiciones generales

6. La Audiencia desestima el recurso de apelación interpuesto por Caser y confirma la sentencia de primera instancia.

El razonamiento de la sentencia se basa, resumidamente, en lo siguiente:

(i) En primer lugar, la cláusula limitativa referida a que no se cubren los perjuicios en la que la apelante quiere subsumir los derivados de la pandemia covid-19 para eludir la pretensión indemnizatoria que fundamenta el procedimiento no aparecía en la póliza suscrita por las partes en el año 2019, vigente cuando se produjo el cierre del establecimiento en marzo de 2019, pues no se puede hacer valer la aplicabilidad de una actualización de la póliza de 16 de septiembre de 2020; correspondería a la demandada la carga de la prueba en cuanto a que dicha póliza hubiera sido oportunamente remitida a la demandante y firmada por la misma antes del siniestro.

(ii) Debe distinguirse entre la cláusula de la pág. 32 (sic), que es delimitadora del riesgo, y la que se refiere a la exclusión de la pérdida de beneficios por riesgos extraordinarios, que es limitativa, si bien esta no es aplicable al caso porque no estaba en la póliza vigente cuando se produjo el siniestro, sino en la actualizada de septiembre de 2020 (posterior al periodo de paralización de actividad por el covid-19 a que se contraía la reclamación de este litigio). Además de que tampoco consta expresamente aceptada.

(iii) La cuestión jurídica se reduce por tanto a la interpretación que merece aquella cláusula delimitadora del riesgo, que, al no ser clara cuando alude a «riesgos extensivos», debe interpretarse a favor del asegurado e incluir dentro de la cobertura el lucro cesante por paralización de actividad a causa del covid.

(iv) A continuación, se dice en la sentencia:

«Es por ello por lo que el único óbice que parece plantear conflicto en el presente procedimiento es la interpretación que pueda realizarse sobre la expresión "riesgo extensivo" en la cláusula definitoria del contrato para valorar si la paralización por pandemia puede o no incluirse en tal término. El Juez de Instancia, en base a la interpretación *pro asegurado* que ha de realizarse a tenor del art. 1288 CC en el caso de cláusulas ambiguas, incluye la pérdida de beneficios derivada de la crisis sanitaria en el término "riesgos extensivos" de la delimitación del riesgo, lo que motiva la estimación de demanda y la procedencia de la indemnización reclamada. En este punto, la Jurisprudencia considera que la delimitación de la cobertura es un *príus* lógico, un antecedente necesario para la perfección del contrato de seguro, sin la cual no habría riesgo y, por ende, no habría contrato. Si bien, y al tratarse el contrato de seguro de un contrato de naturaleza adhesiva, puede haber cláusulas perfectamente redactadas que no admitan ningún tipo de interpretación, por el contrario, puede haber expresiones delimitadoras del riesgo que, por la propia redacción de su tenor literal, ofrezcan dudas sobre qué riesgos están incluidos en la cobertura, tal y como acontece en el presente procedimiento respecto del término "riesgos extensivos". En este punto, conviene recordar que es responsabilidad de la compañía aseguradora predisponente del clausulado general de las pólizas de seguro redactar sus cláusulas de manera que puedan los tomadores y asegurados entender la cobertura exacta de las garantías incluidas en el contrato, evitando redacciones imprecisas, ambiguas u oscuras que puedan llevar a confusión sobre el alcance de dicha cobertura. Cuando la cláusula contenga ambigüedades/interpretaciones, la interpretación de su sentido y alcance debe hacerse del modo más favorable para el asegurado, perjudicando a la compañía aseguradora en cuanto predisponente de la misma y atendiendo a su superior deber de diligencia en cuanto perfecta conocedora del mercado asegurador, criterio que aplica el Juez de Instancia y que reitera esta Sala. De acuerdo con esa interpretación, y teniendo en cuenta que la póliza que hay que valorar para la procedencia de la indemnización es la vigente en el periodo de clausura del establecimiento (marzo a septiembre de 2020), la interpretación favorable de ese riesgo extensivo ha de incluir la paralización por la pandemia.

»Correlativamente con lo anteriormente expuesto, y habida cuenta de que no fue controvertida la paralización de actividad durante esos tres meses, y con independencia de que no se hayan concretado de forma objetiva las pérdidas concretas sufridas (lo cual igualmente sería notorio y evidente en un cierre completo de local con estancamiento de actividad comercial

durante 98 días), la única limitación que ha de establecerse en la concesión de indemnización es la que realiza el Juez de Instancia, esto es, la que resulta de aplicar las cláusulas limitativas de póliza: temporal y cuantitativa. Motivo por el cual, y haciendo nuestros los razonamientos contenidos en la resolución de instancia, que damos por reproducidos a fin de evitar inútiles repeticiones, la resolución de instancia debe ser mantenida, con desestimación del recurso de apelación interpuesto por la entidad aseguradora demandada».

7. La parte demandada ha interpuesto un recurso de casación contra la sentencia de apelación.

SEGUNDO.- *Recurso de casación. Planteamiento*

El recurso de casación interpuesto por la aseguradora se compone de dos motivos.

1. En el motivo primero denuncia la infracción por inaplicación del art. 1 LCS (conforme al cual, la cobertura en el contrato de seguro tiene lugar dentro de los límites pactados) y la infracción por aplicación indebida del art. 1288 CC (sobre interpretación de cláusulas oscuras).

La recurrente reprocha a la sentencia que haya considerado que el punto número 2 de la cláusula 5, que delimita el objeto de cobertura y hace alusión a «riesgos extensivos», pueda incluir la pandemia covid-19. Argumenta que, por el contrario, los daños extensivos se encuentran perfectamente delimitados en la póliza y se refieren a daños colaterales que se ocasionen como consecuencia del riesgo cubierto. Explica que en la pág. 4 de las condiciones generales se enumeran como «extensión de garantías» hasta ocho posibles causas de siniestro (Fenómenos atmosféricos. Inundación. Derrame y extracción de lodos. Actos de vandalismo o malintencionados. Acción del humo u hollín. Impacto de animales y vehículos terrestres, marítimos o aéreos. Ondas sónicas. Derrame o escape accidental de las instalaciones automáticas de extinción de incendios. Bienes temporalmente desplazados), y que es a estos riesgos extensivos a los que se refiere la cobertura opcional E del apartado 5 de las condiciones particulares sobre pérdida de beneficios diarios.

Concluye que el concepto de riesgos extensivos se delimita en la póliza y que la sentencia recurrida incurre en error al interpretar que puede incluir la pandemia.

A efectos de justificar el interés casacional alega la existencia de sentencias contradictorias de Audiencias Provinciales. Señala que la interpretación de la sentencia recurrida, favorable a extender la garantía y comprender la pérdida de beneficios por interrupción de actividad derivada de cualquier causa, es contraria al criterio seguido por algunas Audiencias que, aplicando el mismo condicionado, han desestimado la reclamación, al igual que otras sentencias que aporta en las que se interpretan condicionados de pólizas suscritos con otras aseguradoras. Como ejemplo del criterio de la sentencia recurrida, además de esta, se citan las SSAP Girona, 2.^a, de 16 de junio de 2021, 7 de febrero de 2021 y 3 de febrero de 2021, y a favor del criterio contrario, defendido por la compañía de seguros recurrente, las SSAP Asturias, 7.^a, de 6 de abril de 2022 y 8 de junio de 2022, SAP Asturias 6.^a, de 5 de abril de 2022 y SAP Murcia, 1.^a, de 28 de febrero de 2022.

2. En el motivo segundo denuncia la infracción, por inaplicación, del art. 3 LCS, conforme al cual: «Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito».

En su desarrollo argumenta que, de acuerdo con el precepto, el contrato de seguro tiene, además de unas condiciones particulares unas condiciones generales, y reprocha a la sentencia recurrida que solo haya tomado en consideración las condiciones particulares y no haya aplicado las cláusulas delimitativas contenidas en las condiciones generales del contrato ni, por tanto, la delimitación del riesgo contenida en estas. Añade que en este caso la Audiencia no ha aplicado la delimitación del riesgo efectuada en las condiciones

generales, que era válida, y que el art. 3 LCS no expresa ni incluye una norma imperativa que imponga una interpretación en beneficio del asegurado. También dice que la cláusula que excluye la cobertura no es, como dice la Audiencia, limitativa, sino delimitativa, por lo que no es de aplicación la exigencia del art. 3 de que sea específicamente aceptada por escrito.

Para justificar el interés casacional cita diversas sentencias de la sala que se refieren a la distinción entre cláusulas limitativas y cláusulas delimitadoras en los contratos de seguro.

TERCERO.- *Oposición de la parte recurrida*

En su escrito de oposición al recurso, la demandante ahora recurrida invoca causas de inadmisión que consistirían: de un lado en que, a su juicio, solo se pretende una nueva valoración de la prueba, como muestra que la demandada ahora recurrente alegara los mismos motivos en el recurso de apelación bajo la denuncia de error en la interpretación del condicionado general; muy especialmente, porque considera que es necesario partir de unas premisas que no se recogen en las sentencias de instancia: i) la actora únicamente suscribió las condiciones particulares; ii) no recibió en ningún momento información sobre la existencia de condiciones generales del contrato (no las recibió, ni las firmó, por lo que no le son oponibles), iii) las condiciones generales aportadas con la contestación a la demanda, no solo no están firmadas, sino que son de 18 de octubre de 2021 (momento coetáneo al de vencimiento de plazo para contestar la demanda) y no se correspondían con la póliza objeto de análisis (la que estaba vigente cuando sucedió el siniestro el 14 de marzo de 2020); iv) en agosto de 2020 la aseguradora remite un nuevo condicionado particular en el que expresamente añade una referencia a las «ayudas covid» con la coletilla «no contratada», lo que permite deducir que si decide excluir expresamente el riesgo de la póliza de 2020 es porque en la anterior estaba incluida.

La recurrida solicita que, si no es inadmitido, el recurso sea desestimado. En primer lugar, por no concurrir interés casacional, por referirse las sentencias aportadas a casos concretos en atención a las concretas circunstancias, contenido y redacción de cada póliza, como muestra que las sentencias de la

sala que se aportan se refieren de la misma manera a la distinción entre cláusulas limitativas y delimitadoras y luego resuelven de modo diferente. En segundo lugar, al motivo primero del recurso opone que, a diferencia de lo que sucede en otros supuestos, aquí no existen condiciones generales del contrato (las aportadas por la demandada no están firmadas y, por su fecha, se elaboraron para aportarlas al procedimiento); añade que, si se incorpora en la siguiente póliza la exclusión, es porque en la anterior sí se incluía. En tercer lugar, que no hay correspondencia entre las condiciones particulares de la póliza (de 16 de septiembre de 2019) y las que se aportan (que no estarían vigentes), que ni siquiera se debería valorar si son limitativas o delimitativas, que en las condiciones particulares ni siquiera se mencionan las palabras rayo, incendio o explosión, y que la propia redacción de la póliza, como «características del riesgo declaradas» incluye «n.º de días de indemnización para pérdida de beneficios diaria: 90 días» y bajo el epígrafe «coberturas», se dice «límites de riesgos cubiertos, E. Pérdida de benéficos diaria. Contratada. Indemnización 13 5000 euros. Límite diario de indemnización P. Beneficios, 150 euros», sin someter ni delimitar el devengo de indemnización a ningún daño concreto, delimitando únicamente, y en negrita, que la cobertura es temporal y cuantitativa.

CUARTO.- *Decisión de la sala. Admisibilidad del recurso. Estimación. Asunción de la instancia. Desestimación de la demanda.*

1. En primer lugar rechazamos los óbices de inadmisibilidad a que se refiere la recurrida, pues no se trata de causas de inadmisibilidad de las que esta sala considera absolutas, pues el recurso plantea una cuestión jurídica: si, a pesar de que en el condicionado general la pérdida económica por paralización de la actividad del negocio se vincula a las paralizaciones que sean consecuencia de los eventos y daños cubiertos por el propio contrato, la interpretación de la expresión «riesgos extensivos» que se utiliza en la póliza para describir la extensión de las coberturas del seguro, permite entender que se cubren las pérdidas por paralización debida a cualquier causa, incluida la paralización

motivada por las resoluciones administrativas que se adoptaron durante la pandemia del covid-19.

2. A la vista de lo alegado por ambas partes, y dada la acumulación de argumentos que se contienen en la sentencia recurrida, debemos precisar lo siguiente.

La Audiencia, según afirma asumiendo lo razonado por el juzgado, descarta que pueda negarse la cobertura del seguro aplicando la cláusula de las condiciones generales por la que se excluyen los perjuicios por interrupción de la actividad comercial por restricciones al negocio fijadas por las autoridades. La razón es que esa cláusula, que dice la Audiencia sería limitativa, figura en la actualización de la póliza de septiembre de 2020, después del siniestro, pero no en la póliza suscrita por las partes en el año 2019, a cuyas cláusulas concretas, contenidas en los documentos 2 y 3 aportados por la demandante, debe estarse.

Al mismo tiempo la Audiencia, confirmando el criterio del juzgado, entiende que dada la oscuridad del concepto «riesgos extensivos» que se utiliza en la póliza, y dado que es un contrato de adhesión, procede una interpretación de la cláusula que se refiere a riesgos extensivos en el sentido de que incluye la paralización de la pandemia.

3. Frente a esta argumentación se alza la aseguradora y lo que dice es verdad. Si, asumiendo el planteamiento de la sentencia recurrida, de lo que se trata es de interpretar qué son los «riesgos extensivos», no hay oscuridad ninguna, pues en el propio condicionado en el que se utiliza esa expresión, al referirse a la extensión de las garantías, se enumeran una serie de eventos que quedan cubiertos por el seguro. No habría cláusula oscura que interpretar, pues el propio clausulado describe qué son los riesgos extensivos (Fenómenos atmosféricos. Inundación. Derrame y extracción de lodos. Actos de vandalismo o malintencionados. Acción del humo u hollín. Impacto de animales y vehículos terrestres, marítimos o aéreos. Ondas sínicas. Derrame o escape accidental de las instalaciones automáticas de extinción de incendios. Bienes temporalmente desplazados).

4. Por otra parte, en el mismo condicionado se vincula también, como advierte la recurrente, la cobertura opcional de pérdida de beneficios con la paralización que se origine como consecuencia de los eventos que se mencionan en la póliza.

Siguiendo este razonamiento, sí sería oportuno valorar si las cláusulas que vinculan a determinados siniestros la indemnización por pérdidas por el cierre del negocio están delimitando el riesgo, es decir, fijando qué riesgos, en caso de producirse, hacen surgir el derecho del asegurado a la prestación o si, por el contrario, restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado, y por tanto la indemnización, cuando el riesgo del objeto del seguro se hubiera producido, de modo que, por ser limitativas, estarían sujetas a los requisitos previstos en el art. 3 LCS.

5. En el contrato litigioso, que no tiene por objeto exclusivamente la pérdida de beneficios (*cfr.* art. 67 LCS, que prohíbe para el caso de que sea ese el objeto exclusivo del contrato la predeterminación del importe de la indemnización), la pérdida de beneficios diaria contratada a razón de 150 euros diarios por un máximo de 90 días, no sería una cobertura autónoma que protegiera al asegurado frente a cualquier situación que suponga una paralización de su negocio, incluida por tanto la derivada de las restricciones sanitarias durante la pandemia. La cláusula que vincula la cobertura a que las pérdidas se produzcan «a consecuencia de los acontecimientos delimitados en el contrato» sería una cláusula delimitadora, en los mismos términos utilizados en el art. 66 LCS para referirse al seguro de pérdida de beneficios por paralización de la empresa.

6. De acuerdo con lo razonado, procede la estimación del recurso de casación, pues no resulta correcta la aplicación de la doctrina de la interpretación *contra stipulatorem* al amparo del art. 1288 CC (que requiere una cláusula oscura) para interpretar que los «riesgos extensivos» permiten incluir los daños por paralización de la pandemia, cuando hay otras cláusulas que, de una parte, permiten identificar qué debe entenderse cuando se alude a los riesgos extensivos y, de otra parte, vinculan la pérdida económica por paralización de la actividad del negocio a las que sean consecuencia de los eventos y daños cubiertos por el propio contrato.

7. Al estimar el recurso de casación y, por las mismas razones, el recurso de apelación interpuesto por la demandada, debemos analizar la pretensión de la actora ejercitada en su demanda.

En este caso, debemos partir de que la cláusula de cuya interpretación se han ocupado erróneamente tanto el juzgado como la Audiencia, y en la que se alude a la cobertura opcional de pérdida de beneficios y a los «riesgos extensivos», se encuentra en unas condiciones generales que, como señala la demandante, se refieren a un contrato que no estaba en vigor cuando se produjo el cierre del establecimiento por el que se reclama. Así lo han aceptado las dos sentencias de instancia (aunque, paradójicamente, se hayan pronunciado sobre la interpretación y aplicación de algunas de sus cláusulas).

De esta forma, tal como apuntó la Audiencia (aunque luego no terminara de ser coherente con esta premisa), reiterando lo señalado por el juzgado, debe estarse a las cláusulas concretas contenidas en los documentos 2 y 3 aportados por la demandante.

8. La actora aportó como documento 2 la póliza con las «condiciones particulares y especiales», en las que se fijaba la cobertura contratada en 90 los días de indemnización para la “pérdida de beneficios diaria” y en 150 euros de límite diario de indemnización, con un límite de indemnización de 13 500,00 euros.

Para fundamentar su pretensión, la actora afirmó que «esa indemnización asociada a la garantía por «pérdida de beneficios» tiene el objeto de resarcir al asegurado de los daños o perjuicios que sufra a consecuencia del cierre de su negocio/paralización de su actividad como expresamente recoge la propia entidad aseguradora, dentro de la póliza "Caser Comercio" bajo su apartado "Qué se asegura" en su propia web».

Para acreditar lo que decía, la actora acompañaba a la demanda como documento 3 un pdf denominado «Seguro de Comercio. Caser seguros. Documento de información sobre el producto de seguro».

Ahora bien, realmente, lo que se dice de forma literal en el pdf extraído de la web, según el documento aportado por la propia demandante, es: «¿Qué

se asegura? (...) Pérdida de beneficios diaria por paralización de la actividad a causa de un daño y/o pérdida cubierto por el contrato. (...)».

Es decir, es la propia actora, quien, considerando insuficiente para fundar su reclamación la cláusula de las condiciones particulares que se limita a describir la cobertura como «pérdida de beneficios diaria», la pone en relación con la información que aparece en la página web de la entidad sobre «pérdida de beneficios diaria por paralización de la actividad». De esta forma, excluyendo que la pérdida de beneficios cubierta pueda tener cualquier origen, la propia demandante argumenta que la indemnización asociada tiene el objeto de resarcir al asegurado de los daños o perjuicios que sufra a consecuencia del cierre de su negocio/paralización de su actividad.

La actora, sin embargo, en la transcripción que hace en la demanda de la información que ella misma aporta, prescinde de la parte de la cláusula que no le interesa, y según la cual, la paralización de la actividad debe ser «a causa de un daño y/o pérdida cubierto por el contrato».

De esta forma, resulta que en el contrato, de acuerdo con la documentación aportada por la actora, el derecho de la asegurada a la prestación de pérdida de beneficios por paralización de la actividad solo surgiría si la paralización estuviera ocasionada por alguno de los daños o pérdidas cubiertas por el contrato (según la misma información aportada por la demandante como documento 3, y en términos semejantes a los expuestos por la demandada: incendio, explosión, rayo, fenómenos atmosféricos, inundación, vandalismo y un largo etcétera), lo que en el caso no ha sucedido. La demandante no funda su pretensión en la paralización de su actividad como consecuencia de ninguno de los daños previstos en el contrato, sino por la paralización motivada por las resoluciones administrativas que se adoptaron durante la pandemia del covid-19. En consecuencia, desestimamos la demanda.

QUINTO.- Costas

La estimación del recurso determina que no impongamos las costas de este recurso.

Por la misma razón tampoco imponemos las costas de la apelación, ya que el recurso debió ser estimado.

Imponemos a la demandante las costas de la primera instancia dada la desestimación de su demanda.

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

F A L L O

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 Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., contra la sentencia dictada el 12 de julio de 2022 por la Audiencia Provincial de León (Sección 1.ª), en el rollo de apelación 363/2022, dimanante de los autos de juicio ordinario núm. 837/2021 del Juzgado de Primera Instancia núm. 3 de León.

2.º Casar la mencionada sentencia, estimar el recurso de apelación interpuesto en su día por Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., y desestimar la demanda interpuesta por L..

3º No imponer las costas devengadas por los recursos de casación ni de apelación y ordenar la restitución de los depósitos constituidos.

4.º Imponer a la actora las costas de la primera instancia.

Líbrese 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.