

Roj: STSJ CAT 8511/2014 - ECLI:ES:TSJCAT:2014:8511

Id Cendoj: 08019340012014105562

Órgano: Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social

Sede: Barcelona

Sección: 1

Nº de Recurso: 3710/2014

Nº de Resolución: 5573/2014

Procedimiento: Recurso de suplicación

Ponente: AMADOR GARCIA ROS

Tipo de Resolución: Sentencia

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTÍCIA

CATALUNYA

SALA SOCIAL

NIG : 25120 - 44 - 4 - 2013 - 8000306

mm

Recurso de Suplicación: 3710/2014

ILMO. SR. MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ BURRIEL

ILMO. SR. AMADOR GARCIA ROS

ILMO. SR. MIGUEL ANGEL FALGUERA BARÓ

En Barcelona a 24 de julio de 2014

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, compuesta por los/as Ilmos/as. Sres/as. citados al margen,

EN NOMBRE DEL REY

ha dictado la siguiente

S E N T E N C I A núm. 5573/2014

En el recurso de suplicación interpuesto por Mauricio frente a la Sentencia del Juzgado Social 2 Lleida de fecha 5 de febrero de 2014 dictada en el procedimiento nº 19/2013 y siendo recurridos **Telefonica** de España, S.A.U. y Seguros de Vida y Pensiones **Antares**, S.A.. Ha actuado como Ponente el Ilmo. Sr. AMADOR GARCIA ROS .

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Tuvo entrada en el citado Juzgado de lo Social demanda sobre **Reclamación cantidad**, en la que el actor alegando los hechos y fundamentos de derecho que estimó procedentes, terminaba suplicando se dictara sentencia en los términos de la misma. Admitida la demanda a trámite y celebrado el juicio se dictó sentencia con fecha 5 de febrero de 2014 que contenía el siguiente Fallo:

"Desestimo la demanda interpusada per Mauricio contra SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES **ANTARES**, S.A. i **TELÉFÓNICA** DE ESPAÑA SAU, per la qual cosa les absolc de totes les peticions deduïdes en contra seva."

SEGUNDO.- En dicha sentencia, como hechos probados, se declaran los siguientes:

"Primer. L'actor va prestar els seus serveis a favor de **TELÉFONICA** DE ESPAÑA SAU des del 14-6-1990 fins el 11-6-2004, amb la categoría professional d'operador tècnic Plta. Interna 2ª i una base de cotització de 2.279,32 euros mensuals.

Resulta d'aplicació el conveni col·lectiu de **Telefónica** de España, Sociedad Anónima y su personal (no controvertit, folis 14 a 22 i 279 i doc. 1 a 7 de Telefónica).

Segon. L'actor va patir un accident no laboral en data 11-12-2002 a resultes d'un accident de circulació, per la qual cosa li va **ser reconeguda una incapacitat permanent en grau de total**, amb possible revisió per agreujament o milloria a partir del 21-1-2006. La base reguladora va ser de 2.085,05 euros mensuals, un 55% sobre la mateixa i un import líquid de 1.146,78 euros mensuals amb efectes del dia 27-7-2004 (folis 25 a 27, 60 a 62 i no controvertit).

Tercer. Un cop declarada i **reconeguda la dita incapacitat permanent total**, va ser **sotmès a un control mèdic en l'empresa**.

No consta cap petició formal del treballador per tal de que fós reubicat dins l'empresa, **si bé va percebre mensualment un complement d'aquella pensió per incapacitat permanent fins rebre la totalitat del salari que venia percebent mensualment de l'empresa, conforme l'art. 248 de la normativa laboral de Telefónica** (folis 17 a 32, 28 a 45, 141 i 189 girat).

Quart. Aquell grau total d'incapacitat permanent va ser objecte d'una demanda judicial, tot reclamant el grau d'absoluta, i es va dictar una Sentència desestimant-la, la núm. 485/05, del Jutjat Social 1 de Lleida, en data del 28-10-2005, confirmada per la Sentència de la Sala Social del TSJ de Catalunya (folis 146 a 151).

Cinquè. Mitjançant una resolució del 3-5-2006, se li va reconèixer l'actor un grau de discapacitat del 75% amb efectes del dia 25-5-2005 (folis 49 a 50).

Sisè. Amb efectes del dia 25-7-2007 se li va reconèixer l'actor la seva incapacitat permanent en grau d'absoluta, per revisió de grau, amb una base reguladora de 2.085,05 euros mensuals, un percentatge del 100% i un import líquid mensual de 2.256,23 euros (folis 51 a 52).

Setè. La Sentència del Jutjat Social 2 de Lleida núm. 153/08, de 11-4-2008 va **declarar l'actor afecte d'una incapacitat permanent en grau de gran invalidesa, derivada d'accident no laboral, amb el dret a percebre el 150% sobre una base reguladora de 2.085,05 euros mensuals amb efectes del dia 25-7-2007** (folis 60 a 62).

Vuitè. L'actor va comunicar l'entitat asseguradora el 28-11-2007 la declaració de l'accident l'11-12-2002, així com un informe mèdic (folis 63 a 70).

Novè. L'actor va ser revisat mèdicament per l'entitat asseguradora demandada, tot prestant la seva conformitat (foli 71).

Desè. El 31-3-2008 l'actor va rebre un burofax de **Telefónica** que fa esment a un document de quitança d'indemnització per incapacitat permanent parcial, l'import líquid del qual s'apuja a 63.467,05 euros corresponents a una valoració del 67% del capital assegurat, tot posant-lo el seu abast. En l'esmentat document de quitança s'adverteix que **el capital assegurat en el moment del sinistre és de 114.673,11 euros** (folis 72 a 74).

Onzè. L'actor està assegurat per dues pòlisses, una de vida amb el núm. NUM000 , que cobreix les contingències de mort, mort per accident, incapacitat permanent absoluta i invalidesa permanent absoluta per accident; l'altre pòlissa és la d'accidents núm. NUM001 , que cobreix la contingència d'invalidesa permanent parcial per accident.

La primera de les esmentades pòlisses estableix que a banda del capital assegurat hi ha dret a percebre un capital addicional en cas d'invalidesa permanent absoluta, consistent en el doble del seu import (folis 23 a 24 i 75, 189 i 210 a 217 i doc. 1 i 2 d'**Antares**).

Dotzè. **L'actor va mostrar el 4-4-2008 la seva disconformitat a percebre l'import de 63.467,05 euros corresponents a una valoració del 67% del capital assegurat**, sent contestada per **ANTARES** el 7-4-2008 advertint que la indemnització sol·licitada es basa en la cobertura d'invalidesa permanent parcial per accident, núm. de pòlissa NUM001 , sense indemnitzar la cobertura d'invalidesa permanent absoluta, atès que quan li va ser concedida el 25-7-2007 **el demandant no tenia pas assegurança de vida**, doncs va ser donat de **baixa pel tomador de l'assegurança el 30-9-2004**. Tant l'actor com la companyia d'assegurances es van creuar diversos escrits i respostes (folis 76 a 89 i doc. 4 d'**Antares**).

Tretzè. En data del 2-5-2008 l'actor va demanar a **ANTARES** percebre la quantitat oferta de 63.467,05 euros, si bé l'import percebut va ser finalment de 76.830,98 euros, conforme un rebut de 13-5-2008, **sense que comporti cap conformitat ni acceptació amb el mateix, ni cap renúncia dels seus drets derivats de l'accident que ha originat el mateix** (folis 90 i 102 i doc. 4 d'**Antares**).

Catorzè. L'actor va formular una queixa davant el defensor del client, que va ser contestada el 29-8-2008, tot resolent que si bé l'accident va esdevenir l'11-12-2002, la invalidesa permanent total acordada amb efectes del dia 27-7-2004 no està coberta per la pòlissa i que, en qualsevol cas, malgrat el grau d'absoluta posteriorment reconeguda, a efectes de fixar la data d'efectivitat de l'event assegurat, no és pas determinant la data de l'accident o de la malaltia dels quals deriva la invalidesa declarada, sinó la data d'efectes jurídics i/o econòmics fixats en la resolució administrativa o judicial, al ser la data determinant d'acord amb la legislació vigent de l'extinció de la relació laboral amb el tomador. I n'afegeix que la invalidesa permanent i la invalidesa permanent absoluta no procedeixen de la mateixa causa en el sentit que han estat considerades amb efectes jurídics i econòmics diferents en el temps, sustentada aquesta última en un agreujament de les lesions, no en la seva consolidació, per la qual cosa es trenca la relació de causalitat exigida (folis 105 a 111).

Quinzè. Les condicions generals i particulars del contracte d'assegurança contracta per Telefónica amb ANTARES són les recollides de manera expressa en els folis 152 a 217 de les actuacions i doc. 1 d'Altres.

L'art. 9 de les condicions generals estableix que "En ningún caso podrá perjudicar a los beneficiarios la falta de diligencia del contratante para justificar y reclamar la prestación a que tengan derecho, pudiendo, en este caso, dirigirse aquéllos directamente a la Entidad aseguradora, sin perjuicio de las acciones que ésta pueda ejercer contra el contratante".

El termini de prescripció és de 15 anys des de que va succeir el fet origen del drets exercits (art. 13.2).

L'annex 30-31 de l'assegurança col·lectiva de vida núm. NUM000 , recull en el seu apartat Primer que: "respecto a la del alcance de la cobertura de la invalidez permanente absoluta, las partes contratantes hacen constar que la interpretación que ambas han venido realizando respecto de dicha contingencia es la siguiente:

La contingencia de invalidez permanente absoluta, es definida en condicionado de la póliza como "La situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de ésta para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional".

Con esta delimitación las partes contratantes han entendido y entienden que el hecho causante que determina el derecho a la indemnización por el riesgo de invalidez permanente absoluta es la resolución administrativa o judicial que declare a un asegurado en situación de invalidez en el grado de que inhabilita al trabajador para todo, que a su vez determinará la extinción de la relación laboral. Igualmente han interpretado e interpretan que a efectos de fijar la fecha de la efectividad del evento asegurado, no es determinante la fecha del accidente o de la enfermedad de los que deriva la invalidez declarada sino la fecha de efectos jurídicos y/o económicos fijados en la resolución administrativa o judicial, al ser la fecha determinante de acuerdo con la legislación vigente de la relación laboral con el tomador.

En este mismo sentido, las partes han venido interpretando que no están garantizadas en esta póliza las situaciones de invalidez permanente absoluta cuya declaración contenga expresa mención de previsible mejoría con suspensión de la relación laboral por un período máximo de dos años (arts. 48.2 del ET). En estas situaciones el asegurado durante el tiempo que tenga suspendida la relación laboral continuará de alta en el seguro, como una baja por invalidez temporal, con cobertura en los riesgos de fallecimiento e invalidez. En el caso de que durante el plazo de suspensión de la relación laboral no se produzca la previsible mejoría y se extinga la relación laboral, se entiende producida la contingencia asegurada en el momento que por resolución expresa del órgano de calificación o por el transcurso de los dos años debe entenderse extinguida la relación laboral con el tomador".

Setzè. L'actor va ser donat de baixa en la cobertura d'assegurança de la companyia SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES, S.A., amb efectes del dia 26-7-2004 (doc. 3 d'Altres).

Dissetè. Amb data del 20-12-2012 es va celebrar l'acte de conciliació administrativa prèvia amb el resultat de sense avinença respecte de TELEFONICA DE ESPAÑA, SAU i d'intentat sense efecte, davant la incompareixença injustificada de SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES S.A. (foli 223)."

TERCERO.- Contra dicha sentencia anunció recurso de suplicación la parte demandante, que formalizó dentro de plazo, y que la parte contraria, a la que se dió traslado impugnó, elevando los autos a este Tribunal dando lugar al presente rollo.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Contra sentencia que desestimando la pretensión del actor absuelve a las demandadas del pago de la mejora voluntaria que reclamaba el actor, ahora interpone el presente recurso solicitando de esta

Sala, en primer lugar, la revisión de diez hechos probados, y en concreto del 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 9º, 13º, 15º, y de un hecho nuevo que se debe añadir al relato.

- Hecho probado segundo : en relación con los documentos obrantes en los folios 49 al 53, 60 al 62 y 146 al 151; se propone adicionar el siguiente párrafo: *"La declaración de incapacidad permanente en grado de total, fue impugnada por el trabajador, quien interpuso tras ser desestimada la Reclamación Previa, demanda ante el Juzgado Social 1 de Lérida.*

En la fecha en que recayó sentencia firme (folio 146), el Sr. Mauricio ya había sido declarado en situación de Incapacidad Permanente Absoluta por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (folia 51 a 53)"

Petición que debemos desestimar, por cuanto no aporta nada al esclarecimiento de los hechos, es redundante, y absolutamente superflua, además de que se tratan de hechos no controvertidos.

- Hecho tercero : con cita del folio 597 y 610, se propone el siguiente texto alternativo: *" Una vez dictada resolución por la que se declaraba y reconocida a don Mauricio en situación de incapacidad permanente total, fue sometido a un control médico en la empresa en cuyo informe se indicó que el trabajador "no puede realizar las funciones propias de su categoría laboral y tampoco otro tipo de tareas, dada la limitación grave a los esfuerzos dinámicos y/o estáticos añadiendo el componente neurovegetativo.*

*Habiendo interpuesto el Trabajador reclamación contra la resolución que le declaraba en situación de incapacidad permanente total, dictada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en fecha 27-7- 2004, por aplicación de la normativa que contiene el Convenio colectivo de **Telefónica**, cláusula 10.1-1) último párrafo, respecto del Convenio Colectivo de 1997 y cláusula 11.1 del Convenio para el periodo 2003- 2005, no tenía posibilidad de solicitar su reubicación en la empresa, al quedar excluido por la propia norma".*

Siendo esta modificación ajena al objeto del debate, pues **lo que se reclama no es otra cosa, que el abono de una mejora voluntaria sustentada por una póliza de seguros, que nada tiene que ver con la decisión de la empresa de reubicarle en otro lugar, o con la suspensión del contrato de trabajo, procede también rechazarla.**

-Hecho cuarto : aquí el recurrente solicita la inclusión de la fecha de la sentencia que dictó esta Sala, petición que carece de relevancia alguna, pues a parte de que es una cuestión que no puede ser objeto de discusión, la misma si tiene alguna virtualidad la deberá tener en el análisis del derecho aplicado, por lo que también debe ser desestimada.

-Hecho quinto : Con base en el folio 46, se pretende, que se diga que el médico forense adscrito al Juzgado de Instrucción núm. 3 de Lérida, ya concluyó en su momento que el actor no podía ejercer actividad laboral alguna. Circunstancia que ha sido tenido en cuenta por el Juzgado, y que ha valorado correctamente como se desprende del fundamento de derecho primero, y cuya inclusión, en este caso, por si sola no puede conseguir alterar el sentido del fallo, y en consecuencia debe ser rechazada.

-Hecho sexto : con referencia en los folios 60 a 62, de nuevo, se pretende introducir, se dice un hilo conductor, para conocer el largo camino judicial por el que ha tenido que pasar el actor hasta alcanzar el grado de incapacidad que ahora tiene reconocido. Petición que no tiene cabida en el apartado de revisión de los hechos probados, pues la secuencia temporal viene recogida perfectamente en el relato fáctico, y además, como no sería necesario ni siquiera indicar, este Tribunal no necesita para apreciarla ningún tipo de recordatorio, y menos el añadido que se propone.

-Hecho séptimo : Con apoyo del folio 53, se quiere añadir, el contenido de la resolución sobre un hecho que nadie pone en duda, como son **los efectos económicos de la prestación de Gran Invalidez que sufre derivada del accidente no laboral que sufrió en el año 2002, y por el cuál se le concedió una IPT, con efectos desde el 27 de julio de 2004.** Circunstancia que ya viene recogida, por otra parte en el hecho segundo, como hecho no controvertido. Ningún interés tiene para esta Sala su inclusión reiterativa y por eso no puede ser aceptada.

-Hecho noveno : El folio 71 sirve a la parte actora para señalar que el relato de los hechos no recoge que el actor autorizó a SMASA, a que cediera sus datos de carácter persona. Suceso que por mucho que se esfuerce no comprendemos a entender cuál es la relevancia que tiene en este proceso, como tampoco, del resto de los que hasta ahora se han propuesto.

-Hecho decimotercero : Esta vez acude a los folios 72 al 90, para que se sustituya el contenido del mismo por el siguiente redactado: *" Tras haberse ofrecido al actor, por parte de las entidades demandadas y en reiteradas ocasiones una cantidad en concepto de indemnización por las lesiones sufridas en el accidente*

ocurrido en fecha 11 de diciembre de 2002, con la que no se hallaba de acuerdo el Sr. Mauricio , en fecha 2-5-2008, el actor accedió a cobrar la suma de 76.830,98 euros, sin que comportara conformidad ni aceptación con la cantidad percibida, ni renuncia a sus derechos derivados del accidente que origino el pago ."

De nuevo la letrada recurrente, perdiendo de referencia el objeto de este proceso, insiste en poner de manifiesto realidades que nada aportan ni sirven para conseguir alterar el resultado del fallo. Lo único verdaderamente trascendente en un proceso de esta naturaleza es que el actor cobró la suma que refiere, qué manifestará o no conformidad o qué las reclamara o no, no puede influir a la hora de determinar si a la fecha del hecho causante (GI-IPA), el actor tenía derecho a percibir la suma de la aseguradora en la cantidad que reclama. Se rechaza igualmente.

-Hecho decimoquinto : al darse por reproducidas las condiciones del seguro colectivo de vida suscrito entre **Telefónica** y **Antares**, con referencia a los folios que la contiene la precisión que se propone en relación a la fecha, se torna intrascendente, y como tal debe ser también denegada.

Y por último, se quiere ampliar el extenso y suficiente relato de hechos con uno nuevo, que en relación a los folios 28 al 45, debería dársele el siguiente contenido: " durante el periodo de tiempo comprendido entre el mes de julio de 2004 y el mismo mes de 2007, don Mauricio , continuó percibiendo retribuciones de **TELEFONICA DE ESPAÑA SAU** y recibiendo los correspondientes certificados de retenciones " No comprendemos que finalidad tiene dicho añadido en este proceso, que nada tienen que ver con la controversia suscitada y además ningún valor tiene al menos como para conseguir cambiar la fecha en que la sentencia fijó el hecho causante de la IPA y después GI, que ahora disfruta, pues consta que dichas sumas se corresponde con el "seguro sueldo" que gestiona el Comité de Empresa, no la empresa, y que nada tiene que ver con la vigencia de la relación laboral, aunque lo recibiera durante la suspensión de su contrato de trabajo.

A la vista de lo que venimos diciendo, el relato histórico contiene a nuestro juicio los suficientes hechos y circunstancias para poder resolver la censura jurídica planteada, que hace innecesario cualquier petición de alterarlo.

SEGUNDO.- En el apartado de censura jurídica a través de cinco motivos, se denuncia la infracción del artículos 1.1 , 1.6 , 1.7 , 3.2 , 7.1 y 2 , 1282 y 1283 CC; de la cláusula 10 y 11.1.b) del Convenio Colectivo de **Telefónica** (2003-2005); la infracción del artículo 48.2 TRLET ; y Anexo 30-31 del seguro colectivo. Y de la jurisprudencia que se cita.

A la vista del caótico recurso, que más que poner de manifiesto que el Juzgado ha cometido infracciones que se denuncian y razonar en que consistió la vulneración, lo que hace es analizar desde un vista crítico el contenido de los fundamentos jurídicos con los que parece que no está de acuerdo. Sea como fuere, esta tesitura, nos obliga a ordenar los motivos, y agrupándolos, se puede comprobar no sin cierta dificultad, que lo que el recurrente persigue es el reconocimiento del derecho a percibir la suma que reclama en concepto de mejora voluntaria. Pues bien, para ello, con la base de la denuncia que hace, en primer lugar deberemos resolver si el Juzgado ha errado al fijar la fecha del hecho causante en el momento en que fue declarado en situación de IPA, y no en el momento del accidente. Resuelta esta cuestión, si es favorable a la tesis que defiende la letrada recurrente, el paso siguiente nos debería llevar a examinar el resto de la censura, de no ser así, deberíamos desestimar el recurso y confirmar la sentencia impugnada, pues ningún sentido tiene analizar aquellas otras cuestiones que ninguna relación tienen con el pleito.

Sobre la fijación de la fecha del hecho causante como mecanismo determinante del nacimiento del derecho a percibir una mejora voluntaria cubierta por una póliza de seguro derivada de contingencia común, se ha venido posicionando la Sala IV del Tribunal Supremo, en una más que reiterada doctrina, de la que da un buen ejemplo la Sentencia de Sala General de 14 de abril de 2010 , (Recud 1813/2009) que reiterando lo decidido en otra de 30 de abril de 2007 (Recud 618/2006), señala lo siguiente: **a)** como regla, que para contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral), en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora para determinar la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono, ha de acudir a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI (en nuestro caso del ICAM); y **b)** como excepción, que la fecha del HC puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles. En cuanto a la justificación del apartado a), añade: " a) Las consecuencias derivadas de los seguros privados que garanticen mejoras en favor de los trabajadores, siguen la misma suerte que las prestaciones básicas de la Seguridad Social a las que sirven de complemento; b) A diferencia de lo que ocurre con las prestaciones básicas de la Seguridad Social, que se rigen por normas de derecho necesario absoluto, el régimen de las mejoras voluntarias será el establecido

por las partes y, cuando se pacten en convenio colectivo, por lo que hayan podido acordar los negociadores, erigiéndose el pacto en la norma principal que disciplina la prestación; c) Tales mejoras no se establecen en función de la «contingencia» [enfermedad], sino para ser aplicadas a las consecuencias de tal contingencia, es decir, a la IP o la muerte, y de ahí que en la generalidad de los convenios colectivos se fijen indemnizaciones variables en relación directa con el resultado definitivo de la enfermedad; d) Por eso mismo, salvo en supuestos excepcionales en que las secuelas apreciadas en la fecha de la IT evidencien sin ningún género de dudas que el trabajador se verá afectado por una IP, como regla general, no se toma en cuenta aquella fecha cuando el efecto invalidante es en tal momento incierto, tanto en su realidad como en el alcance que pueda apreciarse al causar alta, lo que puede ocurrir después de que el trabajador haya cesado en la empresa por motivos diferentes a la invalidez y se declare ésta cuando haya desaparecido la cobertura de la póliza del seguro; e) la experiencia de que las secuelas resultantes de una dolencia o de un hecho lesivo no están por regla general predeterminadas en el momento de su acaecimiento, sino que dependen de múltiples factores de desarrollo incierto; f) la fijación temporal del hecho causante en el momento de la declaración de la IP en el sentido indicado es sin duda la que aporta mayor seguridad en el tráfico jurídico, permitiendo atribuir con certidumbre las responsabilidades de prestaciones complementarias de la Seguridad Social asumidas, e identificar también con facilidad a los empresarios o entidades aseguradoras responsables; y g) tal solución no rompe en un seguro de grupo la aleatoriedad de las operaciones aseguradoras exigidas en los arts. 1 y 4 de la Ley 50/1980 [8 /Octubre], porque una cosa es la aparición del agente lesivo, que coincidirá normalmente con la situación de IT, y otra cosa es la objetivación de una lesión como invalidante de forma definitiva e irreversible (SSTS 26/11/91, -rcud 624/91 ; 03/04/92 -rcud 1176/91 ; 27/05/92 -rcud 2031/91 ; 08/06/92 -rcud 1476/91 ; 22/04/93 -rcud 744/92 ; - SG-20/04/94 -rcud 2198/93 ; 22/04/94 -rcud 1554/93 ; 22/04/94 -rcud 2915/93 ; 25/04/94, -rcud 2799/93 ; 30/06/94, -rcud 3051/92 ; 09/07/94 -rcud 3563/93 ; 21/09/94 -rcud 3670/93 ; 24/10/94, -rcud 3127/93 ; 19/12/94, -rcud 467/94 ; 23/06/95 -rcud 2253/94 ; 23/10/95 -rcud 3657/94 - ; 28/01/97 -rcud 2666/96 - ; 12/06/97 -rcud 2203/96 ; 12/02/98 -rcud 1392/97 ; 18/03/98 -rcud 2222/96 ; 06/10/98 -rcud 205/98 ; 02/02/99 -rcud 1886/98 ; 09/12/99 -rcud 4467/98 ; 13/12/99, -rcud 1426/99) ".

Por lo que respecta a la excepción, refiere la citada sentencia: " la fecha del dictamen de la UVAMI no puede configurarse necesariamente y en todos los casos como el hecho causante de la prestación, porque lo decisivo es el momento en que las dolencias aparecen fijadas como definitivas e invalidantes. El criterio se inicia con la STS 13/02/87 , dictada en Sala General , y se reitera en numerosas ocasiones [Sentencias de 25/06/87 ; 29/09/87 ; 23/12/87 ; 15/02/88 ; 08/10/91, -rcud 580/91 ; 03/12/91 -rcud 600/91 ; 11/12/91, -rcud 564/91 ; 27/12/91 -rcud 332/91 ; y 21/01/93, -rcud 2277/91], todas ellas dictadas en aplicación de la normativa transitoria de la Ley 26/1985 [31/Julio] , y del RD 1799/85 [2 /Octubre], que posibilitaba la operatividad de la legislación anterior en aquellos supuestos en que el HC no tenía su asiento en la fecha del dictamen de la UVMI -que se establece como norma general en esta materia de incapacidad-, sino que se retrotraía al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles ". Destacándose que este criterio " atiende a la «realidad» del proceso patológico y no al plano «formal» administrativo, y que es también seguido por la STS 22/06/99, -rcud 3431/98 , dictada a propósito del posible reconocimiento de IP en quien ya disfrutaba pensión de Jubilación; la de 09/12/99, -rcud 4467/98, que se refiere -precisamente- al HC en prestaciones complementarias de la Seguridad y que se remite a la citada doctrina en el ámbito de la Seguridad Social básica, que reproduce, recordando que la doctrina parte de la STS -SG- 20/04/94 -rcud 2198/93 y citando sus posteriores reproducciones de 25/04/ 94, -rcud 2799/93 , 22/04/94 -rcud 1554/93 , 20/04/94 -rcud 1780/93 , 21/09/94 -rcud 3670/93 , 24/10/94, -rcud 3127/93 , 19/12/94, -rcud 467/94 , 23/06/95, -rcud 2253/94 , 13/07/95 -rcud 2097/94 y 23/10/95 -rcud 3657/94 , todas ellas referidas a trabajadores con contrato extinguido en la fecha de declararse la contingencia; la de 17/07/00, -rcud 3670/99, que a propósito de la fecha inicial de efectos, hace rememoración de la legislación y jurisprudencia sobre la fecha de producción del HC, recordando el ya citado criterio de la Sala y el expresado por la STC 116/1991 [23 /Mayo], al afirmar que el HC se sitúa en la fecha del dictamen de la UVAMI, «a no ser en los que el carácter definitivo o irreversible de la lesión conste en un momento anterior»; la de 28/06/06 -rcud 428/05-, respecto también de prestación complementaria por IP, que se remite -igualmente- a la doctrina fijada en materia de Seguridad Social básica; y, finalmente, la de 14/11/06 -rcud 3998/05-, que tratando sobre la fecha inicial de efectos destaca la supremacía del carácter definitivo e irreversible de la lesión incapacitante o invalidante en un momento anterior respecto de la fecha del dictamen-propuesta, reseñando al efecto los precedentes relativos a la aplicación del Derecho transitorio más arriba indicado, y señalando además que la doctrina se basa en «que el informe médico y el dictamen-propuesta tienen un valor "declarativo" y no "constitutivo" del derecho a las prestaciones de incapacidad permanente» ".

Asimismo, no podemos pasar por alto, que también es doctrina jurisprudencial la que dice que cuando se trata de una mejora voluntaria que contiene una regulación específica en orden a fijar el momento en que se tiene por establecida la cobertura o en el que ha de determinarse el régimen aplicable, tal regulación tiene

que prevalecer en la medida en que no se oponga a una norma de superior rango. Y a tal solución ha de estarse, pues, aunque pudiera considerarse inconveniente de acuerdo con criterios técnicos de protección, lo cierto es que una inconveniencia o un desajuste no equivale a una infracción del orden público, ni, en general, a la infracción de alguno de los otros límites de la autonomía de la voluntad a que se refiere el art. 1255 CC, especialmente teniendo en cuenta que se trata además de una **materia esencialmente disponible como la relativa a las mejoras voluntarias (SSTS 20/11/03 -rcud 3238/03 -; 19/01/04 -rcud 2807/02 -; 28/04/04 -rcud 2346/03 -; 23/12/04 -rcud 3356/03 -; 24/05/06 -rcud 210/05 - y 30/04/2007, -rcud 618/2006)**.

Para proceder al examen del derecho es conveniente que traigamos aquí, los hechos más relevantes para poder hacerlo, y así tenemos:

-En cuanto al origen, calificación de sus dolencias y limitaciones, y sus efectos : a) el actor sufrió un accidente no laboral (contingencia común) el 11.12.2002;

b) como consecuencia del mismo el INSS le reconoció una incapacidad permanente total para su profesión habitual con posibilidad de revisión (art. 48.2 TRLET), con efectos económicos del 27.07.2004;

c) no conforme con dicha decisión la impugnó judicialmente, y que tanto el Juzgado que conoció de su demanda en primera instancia como esta Sala de lo Social por la suya de 20.9.2007, confirmaron que el grado que en ese momento le correspondía era el que le reconoció la resolución administrativa, y no el que reclamaba;

d) instado nuevo expediente de revisión por agravación, el INSS por resolución de 7.8.2007, le reconoce el grado de incapacidad permanente absoluta;

e) no estando de acuerdo lo impugna judicialmente, reclamando la Gran Invalidez, que le es reconocida por sentencia del Juzgado de lo Social núm. 2 de Lérida, de 11.4.2008 .

-Por lo que afecta a las pólizas de seguro contratadas :

a) la empresa tenía cubierta los riesgos de muerte, muerte por accidente, incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente absoluta por accidente con una póliza núm. NUM000 . El Anexo 30-31 recoge que el hecho causante que determina el derecho a la indemnización para el riesgo de invalidez permanente absoluta es el de la resolución administrativa o judicial que declare al asegurado en dicha situación, y además, refiere que a efectos de fijar la fecha de efectividad del evento asegurado, no es determinante la fecha del accidente o de la enfermedad de los que deriva la incapacidad sino la fecha de sus efectos jurídicos. Y si bien excluye los supuestos que regula el art. 48.2 TRLET cuando la declaración de incapacidad es absoluta y suspensiva, mantiene una expectativa de derecho a percibir la indemnización fijada si durante los dos años siguientes a dicha declaración, en el caso de que no experimentan ninguna mejora o superado el dicho periodo, vean extinguido su contrato.

b) **Los riesgos de invalidez permanente parcial por accidente, lo tiene cubierto con otra póliza la núm. NUM001 . Esta póliza no contiene ninguna previsión como la contenida en el Anexo 30-31. Por lo que el actor, al superar los dos años, se le extinguió su contrato, (27.7.2006) y por ello con cargo a esta póliza recibió (4.4.2008) un total de 76.830,98 euros por la incapacidad permanente total que le había reconocido el INSS.**

La puesta en relación de estos hechos con la doctrina jurisprudencial que hemos analizado, así como la interpretación que hacen las partes y que contiene la póliza de seguro respecto al momento en que se debe considerar consolidado el hecho causante, coincidente con la doctrina citada, comporta que desestímenos el recurso de suplicación interpuesto, y confirmemos la sentencia recurrida. No en vano **el actor se le reconoció la incapacidad permanente absoluta el 7.8.2007 , cuando ya no pertenecía a la empresa Telefonica por haberse extinguido su contrato el 27.7.2006, por lo tanto no tenía derecho alguno a disfrutar de la cobertura de la póliza que cubría la incapacidad permanente absoluta, y sí en cambio de la que le ofrecía la segunda póliza, y por ello, se le abonó la suma de 76.830,98 euros.**

Ahora bien, solo en el caso de que la primera declaración de incapacidad permanente total hubiere podido revocarse judicialmente y declarado al actor en situación de incapacidad permanente absoluta, hubiese alcanzado el resultado perseguido. Piénsese que de haber ocurrido esto, también habría quedado acreditado que las lesiones y las limitaciones funcionales que padecía desde que sufrió el accidente no se habían alterado, y por tanto, como habían sido calificadas de forma errónea, ello hubiere permitido a esta Sala aplicar lo dispuesto en el Anexo 30-31 de la póliza. Pero, la realidad fue otra bien distinta, el actor no consiguió cambiar dicha calificación, es más, las dos sentencias judiciales dictadas por el Juzgado y por la Sala corroboraron que el grado de incapacidad permanente que le correspondía en el año 2004, era el de total, y, no el de absoluta

que solicitada. Es incuestionable que sus patologías evolucionaron hacia la gravedad, como lo demuestra que se le haya reconocido una Gran Invalidez por contingencia común, pero también lo es que el hecho causante, en este caso, por mucho que se esfuerce su letrada, no puede ser el que viene determinado por el accidente, ni siquiera por la resolución administrativa que le reconoció la IPT, sino por la resolución administrativa que puso punto y final al expediente de revisión, y que como venimos razonando, esta se produjo una vez extinguido el contrato de trabajo, y por consiguiente fuera de la cobertura de la póliza de seguro que cubría dicha contingencia. Por lo que no tienen ningún derecho a percibir las diferencias que reclama.

Razonamiento, que por coincidir con el del Juzgado hace innecesario que entremos a valorar el resto de la infracciones que se denuncian, **en tanto que habiendo sido declarado en IPA en el año 2007, no teniendo en esa fecha cubierta dicha contingencia, hace imposible que se pueda estimar el recurso, y por ende la reclamación contenida en la demanda.**

VISTOS los anteriores, y obligados por el artículo 120.3 de la Constitución española de 27 de diciembre de 1978, razonamientos y argumentos, así como los mencionados preceptos y los demás de general y debida aplicación, los Ilmos. Sres. Magistrados referenciados en el encabezamiento de esta sentencia, previos los actos de dación de cuenta por quién de ellos fue designado Ponente, y conjuntas deliberación, votación y fallo.

FALLO

Desestimar el recurso de suplicación interpuesto por D. Mauricio , frente a la sentencia del Juzgado núm. 2 de los de Lleida, de fecha 5 de febrero de 2014 , en sus autos 19/13, seguidos a su instancia, frente a la empresa Seguros de Vida y Pensiones **Antares**, S.A. y **Telefónica** de España S.A.U., **en reclamación de cantidad -mejora voluntaria- , y en consecuencia, confirmamos la sentencia impugnada. Sin costas.**

Notifíquese esta resolución a las partes y a la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, y expídase testimonio que quedará unido al rollo de su razón, incorporándose el original al correspondiente libro de sentencias.

La presente resolución no es firme y contra la misma puede interponerse Recurso de Casación para la Unificación de Doctrina, para ante la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, el cual deberá prepararse mediante escrito con la firma de Abogado y dirigido a ésta Sala en donde habrá de presentarse dentro de los diez días siguientes a la notificación, con los requisitos establecidos en el Art. 221 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social .

Así mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 229 del Texto Procesal Laboral, todo el que sin tener la condición de trabajador o causahabiente suyo o beneficiario del régimen público de la Seguridad Social o no goce del beneficio de justicia gratuita o no se encuentre excluido por el art. 229.4 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social , consignará como depósito, al preparar el Recurso de Casación para la Unificación de Doctrina, la cantidad de 600 euros en la cuenta de consignaciones que tiene abierta esta Sala, en BANCO SANTANDER , Oficina núm. 6763, sita en Ronda de Sant Pere, nº 47, Nº 0937 0000 66, añadiendo a continuación los números indicativos del recurso en este Tribunal.

La consignación del importe de la condena, cuando así proceda, se realizará de conformidad con lo dispuesto en el art. 230 la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social y se efectuará en la cuenta que esta Sala tiene abierta en BANCO SANTANDER (oficina indicada en el párrafo anterior), Nº 0937 0000 80, añadiendo a continuación los números indicativos del Recurso en este Tribunal, y debiendo acreditar el haberlo efectuado, al tiempo de preparar el recurso en esta Secretaría.

Así por nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

Publicación.- La anterior sentencia ha sido leída y publicada en el día de su fecha por el/la Ilmo/a. Sr/ a. Magistrado/a Ponente, de lo que doy fe.