

Jesús Almarcha Jaime

Los deberes de información al asegurado en los seguros colectivos: la doctrina del Tribunal Supremo hace agua y debería revisarse

Sentencias del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Pleno) núms. 57/2026, de 22 de enero, y 83/2026, de 28 de enero

El Tribunal Supremo ha dictado dos sentencias relativas a los deberes de información en los seguros colectivos que resultan controvertidas porque suponen el establecimiento de dos niveles de protección. Aunque los productos de seguro son distintos en los casos tratados, la principal cuestión de fondo se ciñe en determinar hasta qué punto el asegurado debe ser informado y aceptar las cláusulas limitativas de sus derechos.

Aunque aparentemente la tesis del Tribunal Supremo utiliza como eje central el hecho de que la cobertura del seguro sea o no gratuita para dicho asegurado, lo cierto es que realmente evalúa el nivel de involucración del asegurado en el proceso de adhesión al seguro colectivo. Esta tesis no sólo puede considerarse incongruente, sino que no resulta pacífica con la normativa europea, haciendo necesaria una revisión de los modelos de distribución ya existentes (especialmente los transfronterizos).

En este documento se exponen algunos de los principales elementos por los que la doctrina del Tribunal Supremo debiera revisarse.

1. Reseña sobre el contenido de las sentencias

- 1.1. Las Sentencias del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Pleno) núms. 57/2026, de 22 de enero («**STS 57/2026**»), y 83/2026, de 28 de enero («**STS 83/2026**»), analizan dos casos sobre el deber de información que debe cumplirse respecto al asegurado de un contrato de seguro colectivo o de grupo.
- 1.2. Aunque parten de dos escenarios fácticos distintos, ambas sentencias confluyen en el análisis del alcance de la información y aceptación de las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado en los seguros colectivos, de forma que se consideren cumplidos los requisitos previstos en el artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro («**LCS**»), así como otras normas relativas a la entrega del boletín de adhesión y el certificado de seguro previstas en las normas de ordenación de la actividad aseguradora (en particular, los artículos 76.4, 106 y 107 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados, aplicable *ratio temporis*, cuya esencia fue trasladada a los vigentes artículos 117.3 y 122.4 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras «**ROSSEAR**»).
- 1.3. La STS 57/2026 analiza la oponibilidad de la cláusula de delimitación temporal de la cobertura¹ de un seguro colectivo de accidentes del que era tomadora una entidad de crédito, siendo asegurados los clientes que hubieran domiciliado la nómina con dicha entidad. Los clientes no

¹ La cláusula en cuestión establecía que se cubrían los siniestros de invalidez permanente absoluta siempre que ésta fuera «comprobada dentro de un año a contar desde la fecha del accidente».

debían abonar ninguna prima, no suscribían ningún boletín de adhesión, no rellenaban un cuestionario de salud y lo único que se les entregaba era un certificado de seguro en el que constaban determinadas condiciones del seguro.

- 1.3.1. El Tribunal Supremo, tras hacer una revisión al repertorio jurisprudencial en torno a los seguros colectivos, acaba resolviendo que en este caso la cláusula resulta oponible al asegurado porque, al ser gratuito, el asegurado se incorpora directamente al seguro colectivo sin necesidad de efectuar un acto de adhesión. Por tanto, la cláusula limitativa resulta oponible porque aparecía destacada tipográficamente y aceptada por el tomador. Se apoya para ello en la misma tesis mantenida en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) núm. 570/2019, de 4 de noviembre, en la que el producto principal era una tarjeta de crédito.
- 1.4. Por su parte, la STS 83/2026 analiza la aplicación de la cláusula de delimitación temporal de la cobertura (*claims made*) de un seguro colectivo de responsabilidad civil contratado por un colegio de abogados, siendo asegurado uno de sus abogados.
 - 1.4.1. Las cláusulas *claim made* deben cumplir con los requisitos del artículo 3 de la LCS en virtud del mandato recogido en el artículo 73 del mismo cuerpo legal. Así, se discute si dicha cláusula resulta aplicable al siniestro, pues en el contrato de seguro sí aparece destacada tipográficamente en negrita y aceptada por el tomador, pero no fue aceptada expresamente por el abogado asegurado porque no se suscribió el boletín de adhesión ni se emitió un certificado de seguro.
 - 1.4.2. El Tribunal Supremo considera que la cláusula *claim made* no resulta oponible al asegurado porque su propia doctrina jurisprudencial consagra la exigencia de transparencia contractual en los seguros colectivos, de modo que debe informarse al asegurado sobre las cláusulas limitativas con los requisitos del artículo 3 de la LCS. Por tanto, es necesario que se redacten con claridad, que se destaquen tipográficamente y que cuente con aceptación especial del asegurado, siendo el boletín de adhesión el instrumento idóneo.
- 1.5. Como puede apreciarse, la doctrina del Tribunal sobre los deberes de información en los seguros colectivos resulta ambivalente en función del grado de implicación del asegurado en el momento de su incorporación:
 - (a) Se deduce que en aquellos casos en los que el asegurado participe activamente en el proceso de adhesión al seguro colectivo, la entidad aseguradora deberá mantener un nivel de información mayor y será necesario cumplir con el requisito del artículo 3 de la LCS. Esto ocurrirá, por ejemplo, si el asegurado realiza el pago de una prima, cumplimenta un cuestionario relativo a la declaración del riesgo o suscribe un boletín de adhesión.
 - (b) Por el contrario, si el proceso de adhesión al seguro colectivo es asumido esencialmente por el tomador del seguro, de modo que el asegurado pasa a estar cubierto casi de manera automática, entonces los deberes de información para con el asegurado no son tan exigentes.

2. Los problemas de la actual doctrina del Tribunal Supremo

2.1. La necesaria observancia de los elementos sinalagmáticos como punto de partida

2.1.1. Existen tres elementos clave y sinalagmáticos sobre los que debe descansar cualquier tipo de análisis en este ámbito:

- (a) **La fuente normativa o regulatoria**, pues necesariamente los deberes de información deben recogerse en algún tipo de norma y constituirán, en esencia, normas de conducta que deben observarse por los distintos operadores jurídicos.
- (b) **El destinatario de la información**, en tanto que dicha información tiene como principal propósito cultivar el conocimiento de su receptor, incluso si ocurre de forma teórica, y que se produzca el despliegue de los efectos del negocio jurídico en cuestión con conocimiento de causa.
- (c) **El alcance de la información**, en tanto que ésta debe configurarse atendiendo al canal, el contenido, el formato y el régimen recepticio previstos legalmente.

2.1.2. Si trasladamos conjuntamente los tres elementos anteriores al análisis del deber de información al asegurado en los seguros colectivos, hallaremos que el ejercicio debe partir de la elemental identificación de la fuente normativa para, acto seguido, concretar quién es el destinatario de la información y su alcance.

2.2. El verdadero sentido del artículo 3 de la LCS no es que el asegurado firme las cláusulas limitativas

2.2.1. Las sentencias del Tribunal Supremo de referencia se centran principalmente en el análisis de la validez y oponibilidad al asegurado de las cláusulas limitativas en los seguros colectivos. Recordemos que el primer párrafo del artículo 3 de la LCS dice textualmente lo siguiente:

«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».

2.2.2. A lo que aquí interesa, si diseccionamos el párrafo, podemos extraer las siguientes ideas:

- (a) Se establece que el asegurado debe suscribir las condiciones generales que se incluyan en la póliza o en el documento complementario.
- (b) Las cláusulas limitativas deben destacarse de modo especial y deben ser específicamente aceptadas por escrito, aunque no se concreta quién es el sujeto responsable.

2.2.3. El principal problema surge del hecho de que el precepto en ningún lugar indica quién debe aceptar por escrito las cláusulas limitativas. De la literalidad del artículo 3 de la LCS pueden extraerse las siguientes interpretaciones:

- (a) Que el asegurado, además del tomador, debe suscribir las condiciones generales, pero no las cláusulas limitativas, salvo que éstas formen parte del condicionado general. Esta tesis se basaría en el hecho de que el precepto se refiere a que las condiciones generales deben incorporarse «en la póliza de contrato o en un documento complementario» y que «se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo». Por tanto, el asegurado debería aceptar expresamente una cláusula limitativa sólo si ésta constituye una condición general.
- (b) Que el asegurado debe suscribir las cláusulas limitativas en todo caso, es decir, con independencia de su ubicación documental. Esta tesis partiría del silencio del precepto a la hora de concretar quién debe suscribir las cláusulas limitativas, de modo que una interpretación ecléctica basada en las disposiciones recogidas en otras normas de conducta (como los artículos 117.3 y 122.4 del ROSSEAR) y la búsqueda de la protección del asegurado mediante una mayor transparencia acabaría concluyendo que debe aceptar las cláusulas limitativas en todo caso.
- (c) Que el tomador es el único que debe suscribir las cláusulas limitativas, tanto si forman parte del condicionado general como si no. Esta tesis se basaría en que la referencia al «asegurado», como sujeto que debe suscribir «la póliza de contrato» o el «documento complementario», realmente debe entenderse hecha al tomador del seguro, pues el legislador estaba pensando en el asegurado que reúne también la condición de tomador por cuenta propia. Bajo esta premisa, la condición de asegurado resultaría irrelevante y en los seguros colectivos, donde el asegurado puede no reunir la condición de tomador, supondría que no debe suscribir ni las condiciones generales ni ningún tipo de cláusula al estar ello reservado a la figura del tomador.

2.2.4. Se trata de un tema en el que el Tribunal Supremo no ha mantenido un criterio uniforme en el tiempo:

- (a) En un primer momento, el Tribunal Supremo mantuvo que el sujeto responsable de la suscripción era únicamente el tomador del seguro, de modo que el asegurado de un seguro colectivo no se veía involucrado. Sirva de ejemplo la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) de 14 de junio del 1994:

«Que en línea normativa, y a tenor de lo previsto en el art. 7.2º de esa Ley, cuando, como en el caso de autos, el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador del seguro...; de consiguiente, es claro, que la referencia en cuanto a la aceptación expresa de las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, insertas tanto en las condiciones generales como en las particulares “que deberán ser específicamente aceptadas por escrito” (en puridad técnica se constituye con ello más que un deber una carga), en el supuesto del seguro colectivo, como el presente, habrá de entenderse en relación con el tomador del seguro, lo que se cohonesto con la índole de este singular seguro, pues por su, por lo general amplitud de asegurados a los que con su posterior voluntaria adhesión les basta para alcanzar esa condición no es posible esta

exigencia para ellos al constituirse el seguro, porque, valga la expresión, “aún no existen”, en casos como el de autos».

- (b) Sin embargo, esa doctrina se matizó con la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) núm. 1058/2007, de 18 de octubre, momento en el que señaló que, en aras de una mayor transparencia y protección del asegurado, debía interpretarse que correspondía también a éste la suscripción de las cláusulas limitativas para que fueran válidas y oponibles.
- (c) La doctrina del Tribunal Supremo fue posteriormente revisada a raíz de la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) núm. 570/2019, de 4 de noviembre, que fue la primera en introducir la necesidad de que el asegurado se adhiera activamente al contrato de seguro colectivo para que se despliegue la obligación de que suscriba las cláusulas limitativas. En caso contrario, bastaría con que fueran suscritas por el tomador.

2.2.5. La original interpretación, en la que el tomador es el responsable de la firma de las cláusulas limitativas, debería ser la única admisible si atendemos principalmente (i) al contexto histórico en el que se aprobó el texto del artículo 3 de la LCS, (ii) a la posición del tomador del seguro como singular sujeto responsable de la contratación del seguro y del despliegue sinalagmático de sus obligaciones, (iii) a que, en los seguros por cuenta ajena, los derechos del asegurado vienen a configurarse como una suerte de relación de valuta, en sentido amplio y en el contexto del artículo 1257.II del Código Civil, y (iv) que se trata de la única solución razonable y lógica si tenemos en cuenta el objetivo último del precepto y su literalidad.

2.3. Los deberes de información del ROSSEAR no desvirtúan que el asegurado no debe firmar las cláusulas limitativas

2.3.1. El artículo 117.3 del ROSSEAR prevé la regla general de automatizar la incorporación del asegurado al contrato de seguro de vida por iniciativa del tomador, especialmente si se trata de un plan de pensiones colectivo o un plan de previsión social empresarial. Se contemplan dos excepciones a dicha regla general:

- (a) Cuando el asegurado contribuya con el pago de la prima.
- (b) Cuando exista imputación fiscal de las contribuciones empresariales, pero no sea obligatoria conforme a la legislación vigente.

2.3.2. Nótese que ambas excepciones requieren que el asegurado no sólo suscriba el boletín de adhesión, sino también la póliza.

2.3.3. El precepto añade la obligación de que se entregue al asegurado el certificado de seguro tras su incorporación al contrato de seguro y, si tal incorporación se produce a instancias del tomador, se le otorga al asegurado la posibilidad de oponerse a ella durante, al menos, un mes.

2.3.4. Por su parte, el artículo 122.4 del ROSSEAR se refiere a los seguros colectivos en general y establece los siguientes deberes de información:

- (a) La entidad aseguradora (o el tomador, si asume esta gestión) debe entregar la información que afecte a los derechos y obligaciones del asegurado con anterioridad a la firma del boletín de adhesión o, si éste no es necesario, durante la vigencia del contrato de seguro.

Aunque el precepto no dice claramente a quién debe suministrarse esta información, se entiende que se refiere al asegurado.

- (b) El segundo párrafo del precepto reitera que en los boletines de adhesión y en los certificados de seguro debe figurar la información que afecte a los derechos y obligaciones del asegurado.

2.3.5. De la conjunción de ambos preceptos puede deducirse que el deber de información con el asegurado en los seguros colectivos se instrumentaliza a través del boletín de adhesión y del certificado de seguro, documentos que deben reflejar los derechos y obligaciones del asegurado, pero cada uno de ellos tiene una finalidad distinta:

- (a) El boletín de adhesión sólo debe presentarse al asegurado y suscribirse por éste en los supuestos excepcionales del artículo 117.3 del ROSSEAR. En otras palabras, ello requiere que se trate de un seguro colectivo de vida (se deja fuera cualquier otra tipología) en el que el asegurado actúa como «tomador impropio», pues paga la prima, o en el que la prima se abona por la empresa, pero la imputación fiscal resulta voluntaria. La suscripción excepcional de este documento, así como de la póliza, constituye el mecanismo mediante el cual el legislador promueve al asegurado a la condición de verdadero tomador del seguro en este tipo de seguros de vida.
- (b) El certificado de seguro es un documento que se emite con posterioridad a la incorporación del asegurado en el contrato de seguro, no antes. No se prevé la necesidad de su suscripción, si bien para los supuestos en los que la incorporación sea automática a instancias del tomador se otorga un plazo mínimo de un mes para oponerse a tal incorporación.

2.3.6. Como regla general, la obligación de entrega de tales documentos no se traduce en la necesidad de aceptación especial de las cláusulas limitativas en el sentido del artículo 3 de la LCS, pues en ningún lugar se recoge tal extremo. Incluso si tales cláusulas afectasen a los «derechos y obligaciones del asegurado», ni el artículo 117.3 ni el artículo 122.4 del ROSSEAR exigen una aceptación expresa del asegurado.

2.3.7. El único caso en el que podría discutirse si el asegurado debe aceptar tales cláusulas limitativas se circunscribe a los supuestos excepcionales del artículo 117.3 del ROSSEAR, en tanto que la posición del asegurado se eleva en la práctica a la posición de verdadero tomador del seguro. Bajo esta hipótesis podría interpretarse que esa virtualidad implica que el asegurado asume el rol de tomador del seguro a prácticamente todos los efectos, incluidos los relativos a la aceptación de las cláusulas limitativas conforme al artículo 3 de la LCS. No obstante, se trata de una hipótesis que no está recogida expresamente en la norma.

2.4. La dificultad sobre la concreción del destinatario de la información viene de lejos: del «cliente» al «tomador impropio»

2.4.1. La problemática en torno a los deberes de información con el asegurado en los seguros colectivos no se ciñe únicamente a las normas anteriormente analizadas, sino que trasciende a otros ámbitos regulatorios en los que el destinatario de la información se identifica con términos genéricos como «cliente» o «clientela».

- 2.4.2. Un ejemplo de ello lo encontramos en las normas de conducta en la distribución de seguros que se recogen en el Real Decreto-ley 3/2020, en las que los deberes de información se refieren siempre al «cliente», pero no se concreta quién es ese «cliente» (¿el tomador, el asegurado, el beneficiario, todos ellos?). Se trata de una configuración que deriva de la propia Directiva (UE) 2016/97 de distribución de seguros que, anticipándose a la cuestión sobre quién es el «cliente» en los seguros colectivos, recoge en su considerando 49 lo siguiente:

«En el caso de seguros de grupo, debe entenderse por “cliente” el representante del grupo que celebre un contrato de seguro en nombre de dicho grupo cuando cada uno de los miembros por separado no pueda tomar una decisión de adhesión a título individual, como ocurre con los regímenes obligatorios de pensiones laborales. Una vez realizada la adhesión de un miembro determinado al seguro de grupo, el representante del grupo debe facilitarle cuanto antes, en su caso, el documento de información sobre el producto de seguro y la información sobre las normas de conducta del distribuidor».

- 2.4.3. Lo anterior plantea diversos interrogantes, algunos ya apuntados por el abogado general del Tribunal de Justicia de la Unión Europea en sus conclusiones del Asunto C-633/20, pero el legislador europeo utiliza la capacidad de adhesión individual del asegurado como criterio diferenciador a estos efectos. Ello guarda especial importancia en los modelos donde el asegurado actúa como tomador impropio, cuyo análisis se excluye en este documento por razones de espacio.

3. El impacto de la actual doctrina del Tribunal Supremo en los modelos de distribución

- 3.1. La doctrina del Tribunal Supremo recogida en las sentencias de referencia resulta ciertamente incongruente, pues establece un criterio diferenciador (la implicación del asegurado en el proceso de adhesión al seguro colectivo) que no aparece recogido en la normativa.
- 3.2. Ya hemos visto que, como regla general, ni el pago de la prima, ni la suscripción de un boletín de adhesión, ni la cumplimentación de un cuestionario de declaración del riesgo (o cualesquiera otras análogas actuaciones) se configuran legalmente como elementos en virtud de los cuales se establezca una doble vara de medir y dos niveles de protección al asegurado no previstos por el legislador. Sólo en los casos excepcionales del artículo 117.3 del ROSSEAR cabría plantearse una interpretación más proteccionista para el asegurado.
- 3.3. Nótese que la doctrina del Tribunal Supremo favorecerá la implementación de modelos de distribución de seguros que resultarán controvertidos, como aquellos modelos configurados mediante un tomador del seguro colectivo que, en apariencia, financia la prima, pero indirectamente repercute el coste al asegurado. Se trata de una hipótesis muy factible si el seguro se ofrece con carácter «gratuito», pero el asegurado contrata al mismo tiempo otros servicios que son prestados directamente por el propio tomador del seguro. De hecho, tal hipótesis podría llegar a encubrir una verdadera venta cruzada, con los efectos regulatorios que ello conlleva, por lo que resultaría controvertido otorgar una mayor protección a la entidad aseguradora en cuanto a la validez y oponibilidad de las cláusulas limitativas en estos casos.
- 3.4. Por contra, la doctrina del Tribunal Supremo resulta más gravosa con los modelos de negocio en los que resulta evidente que la prima es financiada por el asegurado, de suerte que en estos casos se proyectará en la práctica una mayor burocracia operativa y un plus de diligencia o prevención

para los distribuidores de seguro, que tendrán que cerciorarse de la aceptación de las cláusulas limitativas por el asegurado.

- 3.5. El impacto de esta doctrina también puede proyectarse sobre los programas internacionales de aseguramiento. En aquellos modelos que utilizan seguros colectivos para replicar un mismo producto en distintos países, las condiciones contractuales y operativas suelen diseñarse sobre estándares relativamente homogéneos. La doctrina del Tribunal Supremo, basada en categorías propias del derecho interno y en una determinada interpretación del artículo 3 de la LCS, puede dificultar esa homogeneidad al introducir exigencias específicas para el mercado español. En este contexto, España podría terminar configurándose como una excepción dentro del espacio europeo, obligando a adaptar los modelos de distribución o las estructuras contractuales utilizadas en programas multinacionales. Esta fragmentación interpretativa resulta particularmente problemática en un mercado asegurador europeo caracterizado por la libre prestación de servicios y la creciente estandarización de producto.