

ANÁLISIS



Laboral

«Incapacidad absoluta y permanente»: conviene redactar con precisión el clausulado del contrato de seguro

El riesgo de incapacidad absoluta y permanente recogido en el boletín de adhesión abarca la incapacidad para todo trabajo (cualquier trabajo), no únicamente para el que el asegurado venga desempeñando habitualmente; no se refiere, por tanto, a la incapacidad permanente total.

LOURDES LÓPEZ CUMBRE

Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
de la Universidad de Cantabria
Consejera académica de Gómez-Acebo & Pombo

1. En el ámbito de la Seguridad Social parece clara la clasificación de la incapacidad permanente en distintos grados, extendiendo el artículo 194 de la Ley General de la Seguridad Social la categoría de «incapacidad permanente» a los supuestos de incapacidad permanente parcial, total, absoluta y gran incapacidad.

Su calificación se determina en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo establecida reglamentariamente. Esta regulación reglamentaria, contenida en la Orden 15 de abril de 1969 (BOE de 8 de mayo), especifica que la *incapacidad permanente* puede ser *parcial* para la profesión habitual; *total* para la profesión habitual; *absoluta* para todo trabajo; o *gran invalidez* —a raíz de la aprobación de la disposición adicional única de la Ley 2/2025, de 19 de abril (BOE de 30 de abril), se sustituye toda referencia a gran invalidez por *gran incapacidad*—. A estos efectos, se entiende por *profesión habitual*, en caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo y, en caso de enfermedad, común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la fecha en que se hubiese iniciado la incapacidad temporal de la que se derive la incapacidad permanente:

- Se considera *incapacidad permanente* parcial para la profesión habitual la que, sin alcanzar el grado de total, produzca al trabajador una disminución, al menos, del 66 % de su capacidad de ganancia en dicha profesión. No obstante, cuando la incapacidad tenga su origen en un accidente de trabajo o enfermedad profesional, será

calificada de parcial, aunque no alcance el mencionado porcentaje, siempre que ocasione al trabajador una disminución sensible en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de dicha profesión.

- Por su parte, la *incapacidad permanente total* para la profesión habitual inhabilita al trabajador para la realización de todas las tareas o de las fundamentales de dicha profesión, aunque pueda dedicarse a otra distinta.
- La *incapacidad permanente absoluta* para todo trabajo inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.
- Finalmente, la *gran invalidez* —o *gran incapacidad*— supone la situación del trabajador afectado de incapacidad permanente absoluta y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

En los tres últimos supuestos podrá obtenerse una pensión vitalicia del 55 %, 100 % e incluso del 150 % de la base reguladora, permaneciendo para el primer caso el establecimiento de una cantidad a tanto alzado.

Pero ¿en el ámbito del aseguramiento privado operan los mismos criterios?

2. Pues esa es la duda que sigue prevaleciendo en la práctica a la luz de sentencias

tan ilustrativas como la del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, 717/2026, de 7 de mayo. El demandante suscribe una póliza de seguro de vida con la entidad aseguradora demandada que comprende, entre otras contingencias, la «invalidez absoluta y permanente», en este caso con una cuantía de sesenta mil euros. En el propio boletín de adhesión figura la definición de *invalidez absoluta y permanente* como la «situación física de carácter irreversible, cuyo origen no es imputable a la voluntad del asegurado, y que impide a éste el desarrollo de modo permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional». El demandante fue declarado afecto a una incapacidad permanente total —derivada de enfermedad común— para su profesión habitual de vendedor en quioscos como consecuencia de un proceso psicopatológico en evolución y tratamiento. La resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social que declara su incapacidad permanente prevé una posible recuperación a medio o largo plazo e indica que esta calificación podrá ser revisada por agravación o mejoría.

Comunicado el siniestro a la compañía aseguradora, esta última niega la cobertura por considerar que la incapacidad permanente total no se encuentra garantizada por la póliza suscrita toda vez que esta última protege la «invalidez absoluta y permanente». Ante esta negativa, el asegurado interpone una demanda contra la compañía de seguros en la que pide no sólo los sesenta mil euros derivados de la contingencia que considera cubierta, sino también los intereses establecidos en el artículo 1108 del Código Civil. Entiende que el riesgo asegurado (esto es, la «invalidez absoluta y permanente»)

comprende la *incapacidad permanente total* para su profesión habitual, reconocida al demandante por la Seguridad Social. La referencia normativa no es otra que el artículo 194.1 de la Ley General de la Seguridad Social, en el que se indica que la invalidez permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará con arreglo a los grados antes precisados —parcial, total, absoluta o gran incapacidad—. En consecuencia, la incapacidad permanente total para la profesión habitual estaría dentro de la cobertura de la póliza, pues, realizando una interpretación gramatical de la expresión «invalidez absoluta y permanente», se incluyen todas las incapacidades que sean permanentes, a resultas de la conjunción «y» empleada en el texto del boletín adhesión al describir el riesgo asegurado.

Por lo demás, estima que la definición recogida en la póliza sobre la *invalidez absoluta y permanente* y redactada unilateralmente por la compañía de seguros establece dos posibilidades de incapacidad: la absoluta, que es la que impide el desarrollo de cualquier relación laboral, y la permanente total, que es la que impide el desarrollo de una actividad profesional. En definitiva, una interpretación literal, lógica y sistemática de lo establecido en el contrato de seguro conduce a admitir que la incapacidad permanente total para la profesión habitual del asegurado se halla incluida entre las contingencias cubiertas por la póliza. No en vano, se trataría de una cláusula oscura a la que debería aplicarse lo previsto en el artículo 1288 del Código Civil, que consagra la interpretación *contra proferentem*, según la cual la interpretación del contrato no puede favorecer a la parte que hubiera originado la oscuridad.

El Juzgado de Primera Instancia admite esta tesis y estima la demanda interpuesta por el asegurado por considerar que la cláusula que define el riesgo objeto de cobertura es oscura. Utiliza el clausulado el término gramatical *cualquier*, que puede inducir a error al comprender la incapacidad que afecta a la actividad profesional del asegurado; dicho riesgo se incrementa al no utilizar los términos propios de la legislación de la Seguridad Social, lo que genera una situación de oscuridad que podría haberse solventado mediante el uso de la expresión «para toda profesión y oficio». Además, considera la sentencia que se trata de una cláusula sorpresiva y limitativa de la cobertura, que debería cumplir las garantías del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Este último precepto sirve a la sentencia dictada en apelación por la Audiencia Provincial para admitir que las compañías tienen la obligación de redactar las condiciones contractuales impuestas con «claridad y precisión» a efectos de que los asegurados puedan conocer con exactitud las coberturas garantizadas por la póliza. Destacan de forma especial aquellas que son limitativas de los derechos de los asegurados, que «deberán ser específicamente aceptadas por escrito», resultando de aplicación a dichas cláusulas de adhesión los preceptos relativos a la interpretación de los contratos, en particular, la regla de que las cláusulas oscuras no deben favorecer a la parte que hubiese ocasionado la oscuridad, tal y como señala el artículo 1288 del Código Civil. En esta línea, la sentencia entiende que, en este caso, el contrato incluye de forma sintética como garantía asegurada la «invalidez absoluta y permanente», descripción que

deja mucho que desear a la hora de interpretar el verdadero alcance de la cobertura por cuanto no define previamente la distinción entre incapacidad permanente parcial, total, absoluta y gran invalidez. Se trata, pues, de una descripción imprecisa y carente de las mínimas garantías de transparencia y claridad en su redacción, por lo que no pudo ser conocida y aceptada previamente por escrito por el tomador del seguro.

3. Todo parece indicar, pues, que la cláusula en cuestión es oscura y limitativa de derechos, y que, por imprecisión, debe interpretarse a favor del tomador y no de la aseguradora. Pero no va a ser así

La Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, 717/2026, de 7 de mayo, objeto de análisis parte de una premisa no cuestionada, como es la de que las condiciones generales de los contratos de seguro son redactadas por las grandes compañías sin que los asegurados intervengan o negocien individualmente su contenido, de manera que las facultades contractuales de estos últimos se limitan a adherirse o no en bloque a las estipulaciones impuestas o predispuestas por las aseguradoras. Esta limitación al principio de la libre autonomía de la voluntad, reconocido en el artículo 1255 del Código Civil, viene acompañada, como es natural, de la exigencia normativa de que la redacción de tales condiciones generales y particulares se lleve a efecto de «forma clara y precisa», tal y como indica el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, describiendo de forma clara y comprensible las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como, respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas de manera

tipográfica, ex artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro:

Es más, se requiere que las condiciones limitativas se destaquen de modo especial y que, además, sean específicamente aceptadas por escrito (art. 3 LCS), lo que constituye una exigencia acumulativa. Todo ello, con la loable finalidad de que el asegurado tome perfecta constancia de los términos de la cobertura suscrita, y no sea sorprendido por cláusulas que nieguen la prestación de la compañía sin plena constancia de su existencia y juego contractual por el asegurado, que se limita a adherirse a ellas [FJ 3].

No se trata de una línea novedosa por cuanto la Sala ya había reconocido en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de

Las condiciones limitativas deberán destacarse de modo especial y, además, han de ser aceptadas específicamente por escrito, lo que constituye una exigencia acumulativa

lo Civil, 602/2025, de 21 de abril, lo siguiente:

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 artículo 1255 del Código Civil, que queda de esta forma constreñido a la aceptación o rechazo en bloque del clausulado contractual predefinido por las compañías aseguradoras, sin posibilidad por parte de los tomadores de participar en la configuración jurídica de las pólizas. [...]

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 sólo un comportamiento

leal por parte de las compañías en la redacción clara y precisa de sus condiciones contractuales particula-

El riesgo de incapacidad absoluta y permanente abarca la incapacidad para todo trabajo (cualquier trabajo) y no para el trabajo desempeñado habitualmente

res 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 [FJ 3].

Y, efectivamente, la protección del asegurado se complementa con la norma que consagra la regla de la interpretación *contra proferentem* (contra el proponente), recogida en el artículo 1288 del Código Civil. De esta manera, se ha establecido, por ejemplo, en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, 599/2023, de 24 de abril, cuya doctrina reproduce la Sentencia de la misma Sala 1349/2025, de 30 de septiembre: «Como señalan las sentencias de esta Sala 419/2020, de 13 de julio y 626/2020, de 25 de noviembre: “Es reiterada jurisprudencia la que sostiene que las contradicciones y correlativas dudas existentes sobre el alcance e interpretación de las condiciones generales de la póliza pesan contra la compañía aseguradora, en tanto en cuanto las predispuso e impuso en sus relacio-

nes contractuales con terceros”» (FJ 3). Y, así, la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, 498/2016, de 19 de julio, señala que toda la normativa de seguros está enfocada a la protección del asegurado, resolviéndose a su favor las dudas interpretativas derivadas de la redacción del contrato o de sus cláusulas oscuras o confusas. O, más recientemente, la Sentencia de la misma Sala 31/2020, de 21 de enero, al precisar que «[...] la técnica de las condiciones generales impuestas y predisuestas por las compañías determinan la vigencia de la interpretación *contra proferentem* (contra el proponente)» (FJ 6).

4. Con esta interpretación como base, la sentencia se plantea si, en este caso concreto, la descripción del riesgo asegurado en el boletín de adhesión, en el que se garantiza la cobertura de la «invalidez absoluta y permanente», incluye la incapacidad permanente total del demandante.

Tanto la sentencia dictada en instancia como la emitida en apelación comparten con el demandante que los términos contractuales impuestos y predisuestos por la compañía no delimitan de forma clara, precisa y comprensible el riesgo suscrito, toda vez que el demandante sufre una incapacidad, que es permanente y absoluta para su trabajo, y no se emplea la expresión normativa *incapacidad permanente absoluta*, propia de la legislación de la Seguridad Social. El contrato de seguro exige una incapacidad absoluta y permanente, unidas por una conjunción copulativa, pero no señala que deba serlo para

toda clase de trabajo, sino para cualquier trabajo, por lo que también comprende el que viene desempeñando el demandante, de manera tal que la incapacidad sufrida por el demandante estaría cubierta por la controvertida póliza.

Por lo tanto, el recurso de casación, según la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, 717/2026, de 7 de mayo, que se analiza, deberá determinar «si las precitadas cláusulas contractuales permiten al asegurado comprender cuáles eran los términos del riesgo asumido por la compañía aseguradora, sin que se le suscite[n] al respecto dudas razonables» (FJ 4). Recuperando lo prescrito en el artículo 194.1 de la Ley General de la Seguridad Social así como lo establecido en el artículo 12 de la Orden de 15 de abril de 1969 citada, «se entenderá por incapacidad permanente total para la profesión habitual la que inhabilite al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, aunque pueda dedicarse a otra distinta», y «se entenderá por *incapacidad permanente absoluta* para todo trabajo la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio». Estas categorías descritas en la legislación tuitiva de la Seguridad Social no limitan ni condicionan, a juicio de la Sala, los riesgos objeto de cobertura por las compañías aseguradoras, que pueden delimitarlos y asumirlos de la forma que configuren en las condiciones particulares y generales de sus pólizas. Ahora bien, se exige, en coherencia con todo lo expuesto, que las cláusulas sean claras, precisas y comprensibles, de manera que el asegurado tenga constancia de los términos en que se asumen los siniestros asegurados. Buena prueba de ello es que en el boletín de adhesión no se em-

plea la expresión *incapacidad permanente absoluta* ni la de *incapacidad permanente total*, sino *invalidez absoluta y permanente*. Y añade:

No se discute que el demandante padece una invalidez que es permanente, pero se dice que no es absoluta, sino total. En función de que no se delimita el riesgo por la aseguradora mediante la remisión a la legislación de la Seguridad Social, ni la condiciona a la declaración por parte del INSS, debemos analizar si los órganos de instancia, en su función interpretativa, alcanzaron una conclusión que no sea asumible, lo que es indiscutible es que, de manera permanente, el actor no puede desempeñar la actividad a la que se venía dedicando [FJ 4].

Tras recurrir la Sala a la definición dada por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, del adjetivo *total* y convenir que, a estos efectos, *total* se identifica con *absoluto*, estima que aquí existe una conjunción copulativa que une *permanente* y *absoluto*. Y, así, la descripción del riesgo, en el boletín de adhesión, no se configura como una entidad única de significado jurídico *incapacidad permanente absoluta*, sino como *invalidez absoluta y permanente*. Porque, además, en el citado boletín, tal contingencia se describe como la «situación física de carácter irreversible, cuyo origen no es imputable a la voluntad del asegurado, y que impide a éste el desarrollo de modo permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional». Es cierto, que no emplea la expresión para toda relación laboral o actividad profesional, sino cualquier relación laboral o actividad

profesional; es decir, se utiliza la forma apocopada del adjetivo indefinido *cualquiera*.

Pues bien, «en relación con este término, es sobre el que discuten las partes litigantes; así, mientras que la compañía de seguros considera que el adjetivo *cualquier* comprende todas las relaciones laborales o actividades profesionales, el demandante señala que bastaría con una sola de ellas, y que, en todo caso, las dudas existentes no pueden perjudicarlo. Ahora bien, siguiendo un criterio interpretativo literal, que tiene carácter preponderante frente a los otros criterios interpretativos, que son de aplicación subsidiaria (STS 473/2012, de 9 de julio, y las citadas en ella), en el presente caso, el adjetivo indefinido *cualquier* significa incapacidad para toda relación laboral o actividad profesional; situación en la que obviamente no se halla el asegurado, que se encuentra imposibilitado para desempeñar su actividad laboral habitual como vendedor de quioscos, no cualquier otra, tal y como fue declarado por la Seguridad Social, y no se discute en el proceso» (FJ 4). Porque si se acude a la expresión contractual empleada (criterio literal) «cualquier relación laboral o actividad profesional», el adjetivo indefinido *cualquier* se encuentra, en este caso, antepuesto a sustantivos contables, entendiendo por tales los que se pueden computar o enumerar, como son los vocablos *relación*, *actividad* y *profesional*. «Pues bien, bajo tal forma, su significado gramatical, según el Diccionario de la RAE: “Expresa la totalidad del conjunto denotado por el nombre al que modifica. U. antepuesto a sustantivos contables en contextos genéricos”. Y pone el ejemplo de “Se encargan de cualquier situación”» (FJ 4).

Además, la Sala recuerda el contenido de la Sentencia del Tribunal Supremo 252/2026, de 17 de febrero, en la que se indica lo siguiente:

Sobre la interpretación de las cláusulas de los contratos de seguro [...] la primera regla a aplicar es la del párrafo primero del artículo 1281, de tal manera que, si la claridad de los términos de un contrato no dejan duda sobre la intención de las partes, no entran en juego las contenidas en los artículos siguientes, que vienen a funcionar con carácter subsidiario respecto de la que, en tal caso, llama a la interpretación literal [...] que a los contratos de seguro es aplicable el canon hermenéutico *contra proferentem*, que recoge el artículo 1288 Código Civil, en los supuestos de falta de claridad [FJ 5].

Mas esta regla de interpretación:

... sólo entra en juego cuando exista una cláusula oscura o sea oscuro todo el contrato, pues, ante esa falta de claridad y de transparencia, con la consiguiente imposibilidad de conocer la voluntad común, se ha de proteger al contratante que no causó la confusión [FJ 5].

En consecuencia, la Sala concluye:

... el riesgo de invalidez absoluta y permanente, tal y como fue configurado en el boletín de adhesión, aportado por el demandante abarca la incapacidad para todo trabajo (cualquier trabajo), no únicamente para el que se venga desempeñando habitualmente por el asegurado,

lo que desde luego no dice la definición contractual del riesgo suscrito [FJ 4].

Recuerda que se ha pronunciado sobre un supuesto muy similar en la citada Sentencia del Tribunal Supremo 252/2026, de 17 de febrero:

... [l]legando con ello a la conclusión, no ilógica ni arbitraria, de que la acepción de *cualquier* más coherente con la definición del riesgo asegurado era la que expresaba «la totalidad del conjunto», en línea con la expresión *para todo trabajo* usada en el artículo 2, pues lo que se quería decir con todo ello era que sólo se cubría el riesgo de invalidez cuando ésta fuera absoluta y permanente e impidiera al inv[á]lido la realización o el desempeño de cualquier/todo tipo de trabajo/actividad laboral. Interpretación que excluye de cobertura la situación de invalidez permanente en grado total para la profesión habitual, en la medida que ésta sólo priva a la afectada de la posibilidad de desempeñar su trabajo de limpiadora [FJ 5]).

Por su parte, en cuanto a la posible infracción del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro por considerar que la cláusula que define lo que se entiende por incapacidad absoluta y permanente no es limitativa, sino delimitadora del riesgo, la Sala recuerda la distinción entre ambos conceptos. Y, así:

Desde 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 [STS, Sala de lo Civil, 602/2025, de 21 de abril, FJ 3].

Pues bien, en este caso, entiende la Sala:

... la cláusula litigiosa define y delimita el riesgo cubierto por la póliza, al señalar lo que abarca la cobertura de invalidez absoluta y permanente, con ello no se restringe o limita la prestación de la compañía aseguradora, sino que se explicita, fijando su contorno en un esfuerzo exigible de transparencia contractual en protección del asegurado y en cumplimiento de las prevenciones legales impuestas por los artículos 3 y 8 LCS con la finalidad antes reseñada. Tampoco, tal y como es descrita, tiene naturaleza de condición general sorpresiva para requerir el mismo tratamiento jurídico que el dispensado a las limitativas, puesto que no se aparta de la práctica aseguradora en esta clase de seguros, que reconocen la invalidez absoluta y no la total, así como dicha redacción del riesgo no genera una confusión razonable sobre el siniestro objeto de garantía [STS, Sala de lo Civil, 717/2026, de 7 de mayo, FJ 5].

5. Interesante decisión que pone de manifiesto la importancia de precisar —por parte de la entidad aseguradora o por el asegurado o por ambas partes— los términos de la póliza del contrato de seguro. Porque, en este caso, y sin perjuicio de que todo pareciera apuntar a una referencia ya consolidada a la incapacidad permanente absoluta del trabajador, la expresión ha generado una controversia no menor. Realmente, incluso acudiendo a la literalidad a la que recurre la Sala, lo que hace la entidad aseguradora es reforzar que ha de tratarse de una incapacidad absoluta y permanente para evitar introducir la polémica que se ha venido suscitando cuando la incapacidad absoluta se ha considerado, en ocasiones, compatible con el trabajo —con una voluble jurisprudencia en el orden social que parece haber sido zanjada por la Sentencia del Tribunal Supremo 544/2024, de 11 de abril, al puntualizar que la compatibilidad se refiere exclusivamente a trabajos marginales, esporádicos, limitados y sin inclusión en el sistema de Seguridad Social—.

Pero la introducción del concepto *incapacidad absoluta y permanente* genera no poca confusión, como ha quedado expuesto. No es cualquier incapacidad permanente la que ha sido cubierta por la póliza, sino tan sólo la que es absoluta, máxime si se reproduce la definición contenida en la propia póliza sobre una «situación física de carácter irreversible, cuyo origen no es imputable a la voluntad del asegurado, y que impide a éste el desarrollo de modo permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional». Esta descripción refuerza, con el carácter irreversible y la imposibilidad de ejercer cualquier relación laboral —por cuenta

ajena— o actividad profesional —por cuenta propia— de modo permanente, el sentido de la cobertura. En consecuencia, la solución adoptada por la Sala resulta acorde tanto con la perspectiva pública de protección social, atendiendo a las contingencias cubiertas por el sistema de Seguridad Social, como con la cobertura privada y la libertad que permite el contrato de seguro.

Con todo, conviene subrayar que, amén de la interpretación llevada a cabo sobre la redacción, interpretación y aplicación de la cobertura, la discusión sobre si se trata de una cláusula oscura o constituye una definición delimitadora o limitativa del riesgo no es baladí. Y no tanto porque exista un interés de parte en orientar el debate hacia esta distinción, sino por la propia evolución de la institución de la «incapacidad» en el orden laboral. En efecto, como es sabido, la Ley 2/2025, de 29 de abril (BOE de 30 de abril), ha modificado el artículo 49.1n del Estatuto de los Trabajadores para aclarar que el contrato de trabajo se considerará extinguido por declaración de gran incapacidad, incapacidad permanente absoluta o total de la persona trabajadora cuando no sea posible realizar los ajustes razonables por constituir una carga excesiva para la empresa; cuando no exista un puesto de trabajo vacante y disponible, acorde con el perfil profesional y compatible con la nueva situación de la persona trabajadora, o cuando, existiendo dicha posibilidad, la persona trabajadora rechace el cambio de puesto de trabajo adecuadamente propuesto. La persona trabajadora dispondrá de un plazo de diez días naturales desde la fecha en que se le notifique la resolución en que se califique la incapacidad permanente en alguno de los grados citados para manifestar por

escrito a la empresa su voluntad de mantener la relación laboral. Por su parte, la empresa dispondrá de un plazo máximo de tres meses, contados desde la fecha en que se le notifique la resolución en que se califique la incapacidad permanente, para realizar los ajustes razonables o el cambio de puesto de trabajo. Cuando el ajuste suponga una carga excesiva o no exista puesto de trabajo vacante, la empresa dispondrá del mismo plazo para proceder a la extinción del contrato. La decisión será motivada y deberá comunicarse por escrito a la persona trabajadora.

Podría resultar cada vez más frecuente, por consiguiente, que la imposibilidad de trabajar no dependa tanto de la Administración —en el supuesto analizado, la referencia de la controversia es la resolución administrativa dictada por la entidad ges-

tora de la Seguridad Social para confirmar que existe una incapacidad permanente total, pero no se tiene en cuenta, a la hora de solicitar la cobertura del riesgo, que, en dicho ámbito, la incapacidad permanente no implica incompatibilidad con el trabajo, como sí la requiere la definición contenida en la citada póliza—como de la incapacidad de la empresa de ofrecer un trabajo alternativo al trabajador o de la voluntad de éste de solicitar la debida compatibilidad con la empresa. Por lo que ahora la *oscuridad* podría no depender de una de las voluntades —la de la entidad aseguradora, como se presume con carácter general— sino de ambas partes. Pues el trabajador, que podría seguir trabajando, quizá prefiera la cobertura de la póliza, dependiendo del clausulado de ésta, quedando a su libre determinación el cumplimiento del contrato de seguro.