



Roj: **STS 1330/2017** - ECLI: **ES:TS:2017:1330**

Id Cendoj: **28079110012017100208**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **05/04/2017**

Nº de Recurso: **542/2015**

Nº de Resolución: **222/2017**

Procedimiento: **CIVIL**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP V 5669/2014,**
STS 1330/2017

SENTENCIA

En Madrid, a 5 de abril de 2017

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por la demandante D.^a Eulalia , representada por el procurador D. Víctor Enrique Mardomingo Herrero y bajo la dirección letrada de D. Arturo Hernández Muntiel, contra la sentencia dictada el 29 de diciembre de 2014 por la sección 8.^a de la Audiencia Provincial de Valencia en el recurso de apelación n.º 551/2014 , dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 762/2013 del Juzgado de Primera Instancia n.º 6 de Alzira sobre indemnización por seguro de vida con cobertura de incapacidad. Ha sido parte recurrida la entidad demandada Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.^a Yolanda San Lorenzo Serna y bajo la dirección letrada de D.^a Antonia García Cano.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 4 de noviembre de 2013 se presentó demanda interpuesta por D.^a Eulalia contra la compañía Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros solicitando se dictara sentencia por la que «se condene a la demandada al cumplimiento del seguro de vida suscritos por mi mandante, y en consecuencia al pago a mi representada de las siguientes cantidades:

»a) 174.444'52 €, en concepto del pago del anticipo del capital asegurado y que es el que figura en el recibo de la prima del último período facturado tras el siniestro producido en fecha 8 de noviembre de 2011.

»b) 14.904'63 € más los 8'64 de gastos, en concepto de daños, a devolver a mi representada, por el importe a que ascienda el total de los intereses y gastos abonados tras el siniestro a causa del préstamo hipotecario concertado, hasta el momento vencido de fecha 16-10-2013 y sin perjuicio de los sucesivos intereses y gastos que se vayan pagando al abonar los recibos de devolución que vayan acreditando el pago por mi representada de los mismos, los que se irán incorporando a autos a medida que se vayan produciendo y durante tramitación hasta su completo pago.

»c) A todas las referidas cantidades habrá que añadir los intereses legales y procesales que correspondan, así como los previstos en el art.20 de la Ley del Contrato del Seguro , que sean aplicables.

»Todo ello con condena en costas a la demandada».

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 6 de Alzira, dando lugar a las actuaciones n.º 762/2013 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta contestó a la



demanda alegando la excepción de falta de legitimación activa de la demandante y, en todo caso, que la demanda debía desestimarse por razones de fondo, con imposición de costas a la demandante.

TERCERO.- En la audiencia previa, celebrada el 12 de marzo de 2014, la parte demandante se opuso a la excepción de falta de legitimación activa, y la juez acordó que la cuestión se resolvería en la sentencia.

Además, la demandante aclaró que las referencias al doc. 2 de su demanda debían entenderse hechas al doc. 3 y viceversa, que la cantidad reclamada se concretaba en la suma de 171.938,45 euros y que no se reclamaba el pago para la propia demandante sino a cuenta de la misma, aclaración esta última que fue rechazada por considerarse una alteración sustancial de lo pedido. Sí se admitió ampliar la demanda en la suma de 15.728 euros, más 10,20 euros por intereses y gastos vencidos, «dado que fue solicitado en la demanda que se tuviera por ampliada la suma inicial reclamada, en dicho concepto, con las que fuesen venciendo durante el proceso».

CUARTO.- Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, la juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 22 de septiembre de 2014 con el siguiente fallo:

«Que estimando la excepción de falta de legitimación activa alegada por Rural Vida SA de Seguros y Reaseguros, representada por Dña. Carmina Oliver Ferrandis, frente a la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales Dña. María Climent Castillo, en nombre y representación de Dña. Eulalia , DEBO ABSOLVER Y ABSUELVO a aquélla de las pretensiones formuladas en su contra, con expresa imposición de costas a la parte demandante».

QUINTO.- Interpuesto por la demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, que se tramitó con el n.º 551/2014 de la sección 8.ª de la Audiencia Provincial de Valencia , esta dictó sentencia el 29 de diciembre de 2014 desestimando el recurso y confirmando íntegramente la sentencia apelada, con imposición de costas a la apelante.

Por auto de 26 de enero de 2015 se desestimó la petición de subsanación/complemento formulada por la parte apelante.

SEXTO.- Contra la sentencia de segunda instancia la demandante-apelante D.ª Eulalia interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

El recurso extraordinario por infracción procesal se articuló en tres motivos, enunciados de la forma siguiente:

«PRIMERO.- MOTIVO PREVISTO EN EL ART. 469-1 , 3º y 4º DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL : infracción de los arts. 10 de la L.E.C . y 24-1 de la Constitución Española , al negarse a esta parte la legitimación activa para accionar y como consecuencia de ello conculcarse su derecho a la tutela judicial efectiva, respectivamente.

»SEGUNDO.- MOTIVO PREVISTO EN EL ART. 469-1 , 3º DE LA L.E.C ., POR INFRACCIÓN DE LAS NORMAS LEGALES QUE RIGEN LOS ACTOS Y GARANTÍAS DEL PROCESO, CAUSANTE DE INDEFENSIÓN: infracción de los arts. 424 nº 1 y 426 nº 2 de la L.E.C ., en cuanto normas legales que rigen los actos y garantías del proceso cuya infracción ha producido indefensión a esta parte.

»TERCERO.- POR MOTIVO DE LA INFRACCIÓN DE LAS NORMAS PROCESALES REGULADORAS DE LA SENTENCIA DEL ART. 469-1 , 2º DE LA L.E.C .: infracción de los requisitos internos de la sentencia, en concreto el de principio de justicia rogada del art. 216 de la L.E.C ., por falta de la necesaria congruencia de la sentencia prevista en el art.218 en relación con el art. 465 nº 3 y 5, ambos preceptos de la misma ley ».

El recurso de casación por interés casacional se componía de un único motivo con la siguiente formulación:

«PRIMERO.- Motivo previsto en el art. 477-1 , 2-3º de la L.E.C ., por presentar la resolución de este recurso interés casacional, en cuanto a la oposición de la sentencia recurrida a la jurisprudencia del Tribunal Supremo y en cuanto resuelve cuestiones sobre las que existe jurisprudencia contradictoria de las audiencias provinciales.

»Este interés casacional radica en la interpretación dada, por la sentencia apelada en sus Fundamentos de Derecho Tercero y Cuarto, en contradicción con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y las sentencias de otras secciones de la propia Audiencia Provincial de Valencia, al primer párrafo del art.10 en relación con el 89, ambos de la Ley de Contrato de Seguro , respecto a la consideración como cuestionario médico de lo contenido en el impreso de condiciones particulares de la póliza, a los efectos de poder calificar como dolosa la actuación del tomador asegurado».

SÉPTIMO.- Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, el recurso fue admitido por auto de 23 de noviembre de 2016, a continuación de lo cual la parte demandada-recurrida presentó escrito de oposición solicitando la inadmisión o, en su caso, la desestimación de ambos recursos y la confirmación de la sentencia impugnada, con condena en costas a la parte recurrente.



OCTAVO.- Por providencia de 2 de marzo del corriente año 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 siguiente día 15, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente litigio versa sobre la reclamación de la tomadora-asegurada contra su compañía de seguros exigiéndole el pago de la cantidad que decía corresponderle tras haberle sido reconocida una invalidez permanente absoluta que se encontraba cubierta por el seguro concertado (de vida e incapacidad, y vinculado a un préstamo hipotecario). Dicha pretensión fue desestimada en ambas instancias al negarse legitimación activa a la demandante (hoy recurrente) por corresponder en exclusiva a la entidad de crédito prestamista designada en la póliza como primera beneficiaria, si bien en apelación también se desestimó la demanda por razones de fondo relacionadas con la infracción del deber de declaración del riesgo -dolo del asegurado-.

Los antecedentes relevantes para la decisión de los recursos, por infracción procesal y de casación, son los siguientes:

1.- Se ha declarado probado o no se discute:

a) Que con fecha 16 de febrero de 2009 (y efecto desde las 12 horas de ese mismo día) la demandante, D.^a Eulalia , suscribió con la aseguradora Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante, RV) con la mediación de RGA Mediación, una póliza de seguro de vida temporal (póliza n.º NUM000) que, además del riesgo de fallecimiento, cubría el de incapacidad permanente absoluta, en este caso con una suma asegurada inicial, mediante anticipo del capital, de 174.444,72 euros, y para los años sucesivos «el que figure en el recibo correspondiente a cada periodo» (doc. Uno. 1 de la demanda).

b) Que dicho seguro se vinculó al préstamo hipotecario que la demandante concertó en esa misma fecha con la entidad Caixa Rural D'Algemés S. Coop. V. de Crèdit, por un importe de 180.000 euros, firmándose el seguro en la propia sucursal de esta entidad (doc. Dos).

c) Que por esta razón se designó a la referida entidad de crédito como primera beneficiaria, en los siguientes términos:

«BENEFICIARIOS:

-CAJA RURAL ALGEMESI POR EL IMPORTE DE CUALQUIER DEUDA CONTRAÍDA POR EL TOMADOR Y PENDIENTE DE LIQUIDAR EN LA FECHA DEL SINIESTRO (*)

-EL EXCESO SI LO HUBIERE:

En caso de Fallecimiento: El orden de prelación: 1) cónyuge, 2) Los hijos, 3) Los padres, 4) Los herederos legales.

En caso de Incapacidad: EL TOMADOR.

(*) El tomador renuncia de manera expresa a la facultad de revocar la designación de la entidad financiera como Beneficiario por la deuda pendiente de amortizar».

d) Que en la póliza se incluyó la siguiente «Declaración del asegurado» sobre su estado de salud:

«(1) Tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica, infecciosa del aparato digestivo o endocrina -diabetes-) que haya precisado tratamiento médico [...].»

e) Que al tiempo de suscribir la póliza y realizar esa «declaración de salud» la demandante ya llevaba varios años bajo seguimiento por posible psicosis inducida por el consumo de cocaína (desde el año 2003) y bajo tratamiento médico-psiquiátrico continuado. En concreto, estuvo en esta situación hasta el 23 de octubre de 2006 y, tras cuatro años de seguimiento en psiquiatría privada, el 1 de abril de 2010 la demandante volvió a la Unidad de Salud Mental del Hospital de La Ribera (Alzira) y continuó en tratamiento psiquiátrico hasta el año 2011, en que fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide con defecto estable (dictamen pericial aportado por la parte demandada, folio 153 de las actuaciones de primera instancia).

f) Que por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS) de fecha 8 de noviembre de 2011, dictada a propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS de Valencia, la demandante fue declarada en situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo y se le reconoció el derecho a la correspondiente pensión pública con efectos desde el 15 de noviembre



de 2011, constando como cuadro clínico residual desencadenante de dicha incapacidad una «Esquizofrenia Paranoide» (doc. Uno. 4 de la demanda).

2.- Con fecha 22 de diciembre de 2011 (doc. Uno. 3 de la demanda) la demandante comunicó el siniestro a la aseguradora demandada y formuló su reclamación pecuniaria («lo que les comunico a los efectos del cobro del capital asegurado»).

3.- La compañía de seguros requirió la aportación de una serie de documentos (antecedentes médicos, certificado de deuda expedido por la entidad financiera y dictamen de invalidez), que le fueron entregados por la asegurada con fecha 2 de febrero de 2012 (doc. Uno. 3 de la demanda).

En la certificación expedida por la entidad prestamista se hacía constar que a fecha 15 de noviembre de 2011 (cuando se declaró la incapacidad) la prestataria Sra. Eulalia adeudaba la suma de 171.938,45 euros (doc. 1 de la contestación).

4.- Mediante carta fechada el 22 de agosto de 2012 (doc. 4 de la contestación), la aseguradora comunicó que denegaba el pago por el siguiente motivo:

«En la fecha de efecto de la póliza el asegurado tenía antecedentes no declarados de las causas que motivaron el siniestro, de lo que se deduce que omitió u ocultó hechos y/o circunstancias conocidas y relevantes para la correcta valoración del riesgo de tal forma que, de haber sido conocidos, hubieran determinado rehusar su contratación».

El escrito terminaba informando de que la póliza quedaba anulada a la fecha de ocurrencia del siniestro. Dicho escrito fue comunicado a RGA Mediación.

5.- Después de intentar sin éxito la conciliación (doc. Uno de la demanda), con fecha 4 de noviembre de 2013 la Sra. Eulalia promovió el presente litigio contra su aseguradora en reclamación de la suma asegurada (174.444,52 euros, capital pendiente de amortizar en el momento de declararse la invalidez, 8 de noviembre de 2011) más 14.904,63 y 8,64 euros en concepto de daños (por los intereses y gastos satisfechos por la demandante tras el siniestro a causa de las amortizaciones mensuales del préstamo hipotecario, sin perjuicio de los sucesivos intereses y gastos que se siguieran devengando), todo ello incrementado con los intereses legales.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis, que cuando fue declarada en situación de invalidez permanente absoluta tenía en vigor póliza de seguros que cubría dicho riesgo, habiendo resultado infructuosas todas las gestiones realizadas con la aseguradora para el cobro de la suma asegurada (incluyendo el referido intento de conciliación). Como fundamentos jurídicos invocó los arts. 1088, 1089, 1091 y 1124 CC, referidos a la responsabilidad contractual por incumplimiento, los arts. 1101, 1106 y 1124 CC respecto de la acción indemnizatoria por daños y perjuicios (intereses del capital y otros gastos bancarios) y los arts. 3, 83, 18, 19, 88 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante LCS) y 6 y 7 de la Ley de Condiciones Generales de Contratación, así como la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

6.- La aseguradora demandada se opuso a la demanda planteando con carácter previo la excepción de falta de legitimación activa de la demandante para reclamar el pago para sí, dado que a fecha del siniestro subsistía una deuda con la entidad financiera prestamista designada en la póliza como primera beneficiaria, estando legitimada la asegurada únicamente para el cobro del posible exceso o sobrante, si lo hubiere. En cuanto al fondo planteó, en síntesis, lo siguiente: a) que a tenor del contenido de la «declaración de salud» de la asegurada, sus antecedentes médicos y la relación entre estos y la patología causante de la invalidez, la demandante había incumplido su deber de declarar el riesgo, ocultando información conocida y relevante sobre su estado de salud, lo que, conforme al art. 10 LCS y a lo expresamente pactado (el art. 3. 3 d. de las condiciones generales de la póliza excluía la cobertura de las enfermedades previas), excluía el derecho a la indemnización; y b) que en todo caso el seguro suscrito no amparaba la reclamación en concepto de gastos (amortizaciones mensuales del préstamo, con sus intereses), pues el límite máximo objeto de cobertura venía representado por el capital asegurado (174.444,52 euros).

7.- En la audiencia previa la demandante se opuso a la excepción de falta de legitimación activa, quedando la cuestión pendiente de resolución en sentencia, y pretendió que al amparo del art. 426 LEC se le permitiera concretar su reclamación en la suma de 171.938,45 euros indicada en el certificado de la entidad prestamista y aclarar lo que entendía era solo un error material en las peticiones de la demanda, en concreto que, a pesar de los términos utilizados en su redacción («y en consecuencia [se condene] al pago a mi representada...»), la demandante no reclamaba el pago de dicha cantidad para sí sino por cuenta de ella, por lo que debía inferirse de la demanda «que se condene al pago a cuenta de mi representada» (a partir del minuto 1.15 del archivo de vídeo 3 incorporado al DVD que sirve de soporte audiovisual al acto de la audiencia previa). Esta última



pretensión fue rechazada por considerarse una modificación sustancial de lo pedido que, de aceptarse, podía causar indefensión (minuto 13.10), y el abogado de la demandante formuló protesta al respecto (minuto 14.12).

8.- La sentencia de primera instancia desestimó la demanda sin entrar en el fondo del asunto, al apreciar falta de legitimación activa de la demandante. Al respecto razonó, en síntesis, que conforme a la póliza suscrita la primera beneficiaria del seguro era la entidad de crédito que otorgó el préstamo hipotecario vinculado, hasta el límite del importe pendiente de amortizar, y que por esta razón, aunque la doctrina de las Audiencias Provinciales viniera reconociendo legitimación activa al asegurado (o en su caso, a sus herederos) por el mero hecho de ser el obligado al pago del préstamo (pues el cumplimiento del contrato de seguro tiene repercusión directa e inmediata en su patrimonio ya que, mientras la aseguradora no pague, el asegurado deberá seguir abonando las cuotas del préstamo), esa misma doctrina también aclaraba que la falta de legitimación derivaba, en casos como este, de la propia acción ejercitada -de cumplimiento contractual- y del hecho de que la pretensión de pago se realizara directamente para sí y no a favor de la primera beneficiaria designada. Consideró que en este asunto no constaba la negativa de la entidad prestamista a reclamar en su condición de beneficiaria ni que el préstamo se hubiera cancelado, circunstancias por las que la demandante no podía reclamar el pago en interés propio («el derecho de indemnización no pertenece a la demandante como beneficiaria, dado que la primera beneficiaria según se refleja en la póliza es la entidad bancaria prestamista, de modo que no puede admitirse que ostente la Sra. Eulalia como derecho propio en virtud del cual se reclama»). En este sentido reiteró que no podía admitirse la rectificación de la demanda que la demandante había intentado durante la audiencia previa, por suponer una alteración sustancial de la demanda, determinante de indefensión en la medida en que el nuevo *petitum* era sustancialmente distinto respecto del que se formuló la oportuna contestación, y ello tenía incidencia en la prueba propuesta por la demandada.

9.- Contra dicha sentencia interpuso recurso de apelación la parte demandante, interesando la revocación de la sentencia apelada y la estimación de su demanda. En síntesis, reprodujo las peticiones de la demanda y defendió su legitimación activa para interesar el cumplimiento del contrato y el cobro de la suma asegurada en los términos que había aclarado en la audiencia previa (para ser destinada a la cancelación del préstamo hipotecario), así como su derecho a ser resarcida por los intereses de la amortización del préstamo y otros gastos bancarios que tuvo que soportar tras producirse el siniestro (a fecha de su escrito de interposición del recurso de apelación calculó dichos intereses en la suma total de 17.483,97 euros y los gastos en la cantidad de 13 euros).

La aseguradora demandada se opuso al recurso por las mismas razones esgrimidas en su contestación a la demanda, es decir, falta de legitimación activa de la demandante para reclamar para sí y, en todo caso, actuación dolosa al ocultar su verdadero estado de salud.

10.- La sentencia de segunda instancia, desestimando el recurso de apelación de la demandante, confirmó la desestimación de la demanda, aunque no solo por la falta de legitimación activa de la demandante sino también por las razones de fondo a que se ha hecho referencia, es decir, la infracción del deber de declaración del riesgo. Respecto de la falta de legitimación activa razona, en síntesis, que la mera lectura del encabezamiento de la demanda ponía de manifiesto que la Sra. Eulalia formulaba reclamación de pago en su propio nombre, y ello cuando según la póliza la primera beneficiaria por el importe de la deuda contraída y pendiente de amortizar era la entidad prestamista, así como que, consciente de este obstáculo, la demandante trató de subsanarlo en el acto de la audiencia previa manifestando que todo se debía a un mero error material, lo cual fue correctamente desestimado en primera instancia al considerarse una auténtica *mutatio libelli* [cambio de demanda]. Respecto de la infracción del deber de declarar el riesgo la sentencia recurrida razona, en síntesis, que los hechos probados demuestran que la demandante declaró gozar de buena salud, ocultando así dolosamente patologías por ella conocidas, que podían influir en la valoración del riesgo o determinar que no se contratara el seguro, y que fueron las que terminaron causando la invalidez. En concreto, la sentencia le reprocha haber ocultado que cuando firmó el seguro llevara desde el año 2003 en seguimiento facultativo por posible psicosis inducida por el consumo de cocaína y que había estado bajo tratamiento psiquiátrico desde esa fecha y hasta el 23 de octubre de 2006 -el tratamiento se reanudó después de la firma de la póliza, el 1 de abril de 2010, y continuó hasta el año 2011 en que fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide, precisamente la patología que determinó su invalidez-

Además, al no encontrar razones para apreciar serias dudas de hecho o de derecho, ni en cuanto a la cuestión de la legitimación activa ni en cuanto a la cuestión de fondo, consideró pertinente la condena en costas de la parte demandante, tanto en primera como en segunda instancia.

Por auto de 26 de enero de 2015 el tribunal sentenciador denegó la subsanación solicitada por la parte demandante-apelante, que pidió que la sentencia se completara con el expreso pronunciamiento de que la acción quedaba imprejuzgada como consecuencia de haberse apreciado la falta de legitimación activa. El tribunal sentenciador justificó la denegación razonando que la sentencia de apelación no adolecía de omisión



alguna que tuviera que ser completada y que se había limitado a dar respuesta «a todas las cuestiones planteadas por las partes y, en aplicación del artículo 465.5 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que dicha cuestión fue planteada por la parte demandada en su escrito de oposición».

11.- La demandante interpuso contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación por interés casacional, tanto por la existencia de jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales como por oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala. Pese a advertirse inicialmente causas de posible inadmisión (providencia de fecha 20 de octubre de 2016), se acordó admitir ambos recursos en su integridad.

12.- En su oposición a los recursos la parte recurrida ha alegado diversas causas de inadmisibilidad que deben examinarse con carácter preliminar, comenzando por las que afectan al recurso de casación por interés casacional pues, de conformidad con la regla 5.ª del apdo. 1. DF. 16.ª LEC, la inadmisión del recurso de casación determinaría la del recurso extraordinario por infracción procesal.

SEGUNDO.- Como causas de inadmisión del recurso de casación la parte recurrida opone, en resumen, la existencia de defecto de forma no subsanable, por falta de aportación completa de certificación de la sentencia recurrida, y la falta de interés casacional en ambas modalidades, tanto por la existencia de jurisprudencia posterior de esta sala sobre el mismo problema jurídico (principalmente se cita la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre, que a su vez menciona la sentencia 76/2016, de 17 de febrero) como por no acreditarse debidamente la contradicción doctrinal entre Audiencias Provinciales.

Conforme a la doctrina de esta sala, no procede apreciar ninguna de esas causas de inadmisión.

Según criterio del auto del Pleno de esta sala de 6 de noviembre de 2013, reiterado en sentencias posteriores (entre las más recientes, sentencias 727/2016, de 19 de diciembre, y 667/2016, de 14 de noviembre), puede ser suficiente para superar el test de admisibilidad y permitir el examen de fondo de la cuestión la correcta identificación del problema jurídico planteado y una exposición adecuada que ponga de manifiesto la consistencia de las razones de fondo del recurso.

En este caso, aparte de que la falta de aportación de la certificación de la sentencia recurrida (art. 481.2 LEC) «no es un defecto por sí solo suficiente para inadmitir a trámite un recurso ya que se trata de un vicio de carácter subsanable» que fue debidamente subsanado con su aportación ulterior (autos de 21 de enero de 2014, rec. 1063/2013, y 25 de junio de 2013, queja n.º 274/2012), el interés casacional del recurso es notorio (sentencias 733/2015, de 21 de diciembre, 157/2016, de 16 de marzo, y 720/2016, de 1 de diciembre) por la identidad sustancial de la controversia jurídica sustantiva objeto de dicho recurso y de los hechos que la sustentan con la cuestión jurídica debatida y los hechos que apoyaron otros recursos de casación resueltos por esta sala (que la parte recurrida demuestra conocer) con un criterio jurídico opuesto al seguido por la sentencia recurrida. En este sentido basta decir que, planteada por la parte recurrente el problema de la falta de legitimación activa en su recurso extraordinario por infracción procesal (posibilidad admitida por esta sala, dado que los límites de la naturaleza de esta excepción, procesal o material, no resultan claros, sentencias 401/2015, de 14 de julio, 730/2013, de 21 de noviembre, y 791/2011, de 11 de noviembre, entre otras), la controversia planteada en casación se centra en la eficacia que la sentencia recurrida asigna a la «declaración de salud», cuyo valor jurídico cuestiona la recurrente con un doble argumento: que formalmente no constituye un verdadero cuestionario de salud y que, en todo caso, se trató de una declaración excesivamente genérica que, por esta razón -por no incluir «las preguntas influyentes»-, no puede acabar liberando a la aseguradora en perjuicio del asegurado.

Pues bien, aunque cuando se dictó la sentencia recurrida esta sala ya se había pronunciado sobre la primera objeción, descartando que el cuestionario debiera revestir una forma especial (así, sentencias 482/2004, de 31 de mayo, y 693/2005, de 23 de septiembre, ambas citadas por las más recientes sentencias 72/2016, de 17 de febrero, y 726/2016, de 12 de diciembre), sin embargo la segunda sí tiene fundamento bastante para justificar que esta sala se pronuncie al respecto.

Recurso extraordinario por infracción procesal

TERCERO.- Este recurso se articula en tres motivos.

El motivo primero, formulado al amparo de los ordinales 3.º y 4.º del art. 469.1 LEC, se funda en infracción del art. 10 LEC y del art. 24 de la Constitución respectivamente, por haberse negado la legitimación activa de la demandante-recurrente y conculcarse así su derecho a la tutela judicial efectiva.

En su desarrollo se argumenta que no cabe confundir el derecho del asegurado a reclamar el cumplimiento del contrato con el derecho a recabar para sí mismo el importe de la suma asegurada, que lo que se reclama en este caso es el cumplimiento del contrato de seguro, vinculado y accesorio del préstamo hipotecario, pretensión



de cumplimiento para la que la demandante estaba legitimada como parte contractual, fuera o no beneficiaria, sin que pueda objetarse a dicha legitimación activa el error padecido en las peticiones de la demanda -cuya corrección se intentó en el trámite de audiencia previa- de haber interesado el pago para sí y no por cuenta de la entidad financiera beneficiaria. En apoyo de sus argumentos cita las sentencias de esta sala 1138/1994, de 17 de diciembre, 1110/2001, de 30 de noviembre, y 183/2011, de 15 de marzo, además de sentencias de diferentes Audiencias Provinciales.

El motivo segundo, formulado al amparo del ordinal 3.º del art. 469.1 LEC, se funda en infracción de los arts. 424.1 y 426.2 LEC.

En su desarrollo se argumenta que la hoy recurrente, tras advertir el error material contenido en las peticiones de su demanda, intentó subsanarlo por el trámite legalmente previsto para ello (arts. 424.1 y 426.2 LEC) a fin de que no quedaran dudas acerca de que el designado para cobrar la indemnización era la entidad prestamista (como además se desprendía del cuerpo de la demanda, fundamento de derecho cuarto, al invocar el art. 88 LCS, que obliga a que la prestación se entregue al beneficiario), lo cual no alteraba ni la acción ejercitada ni la causa de pedir. En consecuencia, la decisión de la magistrada-juez de primera instancia de no admitir esa subsanación supuso una vulneración de los actos y garantías que rigen el proceso, determinante de indefensión, pues la única favorecida ha sido la entidad beneficiaria, perteneciente al mismo grupo empresarial que la aseguradora, que siguió cobrando las cuotas del préstamo. En apoyo de estos argumentos se citan y extractan las sentencias de esta sala 669/2014, de 12 de diciembre, y 537/2013, de 14 de enero.

El motivo tercero y último, formulado al amparo del ordinal 2.º del art. 469.1 LEC, se funda en infracción del principio de justicia rogada previsto en el art. 216 LEC y del principio de congruencia del art. 218. LEC, en relación con el art. 465.3 y 5 LEC.

En su desarrollo se argumenta que a diferencia de la sentencia de primera instancia, que apreció falta de legitimación activa sin entrar en el fondo, la de apelación no solo confirmó la falta de legitimación activa sino que también analizó el fondo de la controversia, lo que no resultaba procedente puesto que no formaba parte de las cuestiones debatidas en apelación.

En su escrito de oposición la parte demandada-recurrida ha alegado la inadmisibilidad del recurso en su totalidad, por no ser admisible el de casación y no identificarse debidamente la sentencia recurrida ni mencionarse el auto que denegó su subsanación y complemento. Además, se ha opuesto a la admisibilidad del motivo primero por carecer de fundamento al basarse únicamente en una nueva valoración de la prueba documental aportada con la demanda.

Subsidiariamente, la misma parte recurrida pide la desestimación de los tres motivos del recurso por su carencia de fundamento y por no guardar relación con el presente caso la doctrina jurisprudencial invocada en los motivos.

CUARTO.- No procede apreciar los óbices de admisibilidad alegados por la parte recurrida porque, siendo admisible el recurso de casación por interés casacional, como se ha razonado ya, no cabe inadmitir el recurso por infracción procesal por la única razón de no ser admisible el de casación.

En cuanto a la inadmisibilidad alegada con base en la defectuosa identificación de la sentencia recurrida y la falta de mención del auto por el que se denegó su subsanación/complemento, se trata de un óbice tan formalista que no puede comportar una declaración de inadmisión sin vulnerar el derecho de la recurrente a la tutela judicial efectiva. Esto es así porque la insuficiente identificación de la sentencia deriva de que la recurrente, al pedir la certificación correspondiente, indicó la fecha «19 de diciembre de 2014» en vez de la correcta (29 de diciembre de 2014), y no interesó certificación del auto subsiguiente denegatorio de subsanación/complemento, mero error material lo primero y omisión más del tribunal sentenciador que de la recurrente lo segundo, en cualquier caso subsanables y subsanados los dos mediante la remisión de las actuaciones de un modo que no deja ya lugar a dudas sobre la sentencia recurrida y el referido auto ni causa indefensión alguna a la recurrida.

En cuanto a la inadmisibilidad del motivo primero, esta sala no logra entender las razones que alega la parte recurrida, pues la cuestión que plantea el motivo se refiere a la legitimación activa de la hoy recurrente, los hechos probados que permiten resolver la cuestión no son controvertidos, al margen de los aspectos que a cada parte convenga resaltar y, en fin, ninguna duda cabe de que negar al tomador y asegurado la legitimación para pedir el cumplimiento del contrato le puede generar indefensión, de modo que tiene pleno sentido la cita de los arts. 10 LEC y 24 de la Constitución como infringidos.

QUINTO.- Los dos primeros motivos deben examinarse conjuntamente por su estrecha vinculación, ya que en el primero se sostiene que la aseguradora/tomadora-recurrente se encontraba legitimada activamente frente a la aseguradora demandada para interesar el cumplimiento del contrato y, por tanto, ante la pasividad de



la entidad prestamista beneficiaria, el cumplimiento de las prestaciones a cargo de la aseguradora para el caso de acontecer el riesgo objeto de cobertura, mientras que en el segundo se defiende que el pago no se quiso para sí, sino por cuenta de la beneficiaria hasta el límite de la deuda que la recurrente mantenía con ella, habiéndose disipado cualquier duda al respecto mediante la aclaración realizada en el momento y por el cauce procesal oportunos.

La doctrina jurisprudencial pertinente para resolver ambos motivos es la siguiente:

1.- Esta sala se ha venido pronunciando a favor de reconocer legitimación activa al tomador, sin perjuicio de cumplir sus obligaciones con el beneficiario, particularmente en casos como este de seguros de vida e incapacidad vinculados con un préstamo hipotecario en los que el primer beneficiario es la entidad prestamista.

Así, la sentencia 1138/1994, de 17 de junio (citada por la recurrente) declaró, en relación con un seguro de daños, que «la existencia de beneficiario en la póliza de seguros y que autoriza el artículo 7 de la Ley de Contrato de Seguro de 7 de octubre de 1.980, en relación al artículo 1257 del Código Civil, no impide al tomador el ejercicio de los derechos derivados del contrato ante los Tribunales, sin perjuicio de sus obligaciones frente al beneficiario, ya que favorece y facilita sus créditos si le son otorgadas las indemnizaciones que solicita. En el sinalagma contractual la figura del tomador, en este caso, tomador- asegurado-, tiene condición principal, en orden a la necesaria bilateralidad negocial, como titular del interés, objeto del seguro de daños concertado, sin perjuicio de la cesión que procede llevar a cabo del derecho a la indemnización, que sólo se presenta nítidamente como prestación autónoma, adquirida por terceros, en los seguros de vida, conforme al artículo 88 de la Ley especial de Seguros».

En aplicación de esta doctrina, y ya en relación con un seguro de vida con cobertura de invalidez, la sentencia 1110/2001, de 30 de noviembre (también citada por la recurrente), casó la sentencia de segunda instancia, que como en este caso había estimado la falta de legitimación activa del tomador/asegurado, reiterando que este sí tiene interés, y por tanto legitimación *ad causam*, para reclamar el cumplimiento del contrato frente a su aseguradora, sin perjuicio de sus obligaciones para con el beneficiario.

Según esta sentencia 1110/2001, los seguros de vida concertados en garantía del crédito hipotecario y en los que el prestamista (tomador o no) resulta primer beneficiario son negocios vinculados:

«Un mínimo conocimiento de la realidad social, a la que esta Sala no puede ni debe permanecer ajena (art. 3.1 CC), demuestra que en la práctica de los préstamos hipotecarios su concesión por los Bancos se condiciona a que los prestatarios concierten un seguro de vida o de amortización que refuerza notablemente la garantía; y además, que si el prestatario no concierta el seguro con la compañía que libremente elija, el propio Banco se ofrece a gestionarlo con una compañía a la que está negocial o societariamente vinculado, de suerte que a su interés en la garantía frecuentemente aparece unido el de aumentar el volumen de negocios común de ambas entidades mediante la concertación de seguros y el pago de primas por los prestatarios. De ahí que, aun cuando en el caso examinado no se haya acreditado que Banco y compañía de seguros pertenecieran a un mismo grupo de sociedades, no sea posible desconocer la evidencia de la conexión entre ambos que se desprende de la propia fórmula escogida, un "Seguro colectivo de vida para amortización de préstamos hipotecarios" en que el Banco prestamista era no sólo tomador sino también primer beneficiario, de suerte que en este caso el hecho probado de que el Banco se encargó de asegurar a los dos cónyuges prestatarios, y no solamente a la esposa, supera la categoría de hecho a respetar en casación, conforme a la antedicha doctrina jurisprudencial, para alcanzar el grado de único hecho verosímil a tenor de lo debatido y probado en el proceso».

De ahí que en la propia sentencia 1110/2001 la sala considere que, producido el siniestro (muerte o invalidez), la buena fe y el respeto a la moral (arts. 7.1 , 1255 y 1258 CC) determinan que no resulte jurídicamente explicable que el banco no reclame a la aseguradora y decida seguir exigiendo el pago del capital pendiente a los prestatarios asegurados:

«No parece jurídicamente explicable que, producida la muerte o invalidez del prestatario asegurado, el mismo Banco que en su momento condicionó la concesión del préstamo a la concertación del seguro, que contrató el seguro colectivo como tomador y se designó a sí mismo como primer beneficiario para el caso de muerte o invalidez, pueda luego optar libremente por exigir el pago del capital pendiente ya al cónyuge viudo o al propio inválido, ya a la compañía de seguros, opción tanto menos justificable cuanto mayor sea la vinculación empresarial entre Banco y aseguradora, que si en este caso no está probado se diera al iniciarse el proceso, curiosamente ha acabado dándose por pertenecer la aseguradora al mismo grupo empresarial en el que posteriormente acabaría integrándose el Banco».



La sentencia 119/2004, de 19 de febrero, calificó el seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario como «cláusula de garantía» en relación con el pago del préstamo, de modo que ambos contratos, seguro y préstamo, «llevan vidas paralelas».

En la misma línea que la sentencia 1110/2001, la sentencia 183/2011, de 15 de marzo, declaró:

«Dispone el artículo 7,3º de la Ley de Contrato de Seguro que "Los derechos que derivan del contrato corresponderán al asegurado o, en su caso, al beneficiario, salvo los especiales derechos del tomador en los seguros de vida". El artículo trata de delimitar, de un lado, los derechos que con relación al contrato corresponden al asegurado y beneficiario, y, de otro, atribuir una legitimación alternativa a uno o a otro que, necesariamente, debe de ponerse en relación con lo que constituye el derecho fundamental que deriva de la póliza frente al asegurador y que no es otro que el pago de la indemnización que corresponde al asegurado, como titular del derecho, lo que no impide que pueda ceder a otra persona - beneficiario-, designada e individualizada por el tomador, el derecho a exigir al asegurador la indemnización como titular del mismo.

[...]

»En lo que aquí interesa supone que la demanda no puede tener como única respuesta la que resulta de la falta de legitimación de quien la formula, que la tiene y de ella puede servirse para reclamar a la aseguradora los derechos que derivan de la póliza suscrita, al margen de las razones de fondo que puedan sustentar el derecho reclamado, que le niega la sentencia del juzgado, y de la inclusión de beneficiarios en la póliza de seguros, como garantía respecto al contrato de descuento, conforme autoriza el artículo 7 Ley de Contrato de Seguro, en relación con el artículo 1257 Código Civil, sin perjuicio de sus obligaciones frente al beneficiario, ya que favorece y facilita sus créditos si le es otorgada la indemnización que petitiona. En el sinalagma contractual la figura del tomador, en este caso, tomador-asegurado, tiene condición principal, en orden a la necesaria bilateralidad negocial, como titular del interés, objeto del seguro de daños concertado, sin perjuicio de la cesión que procede llevar a cabo del derecho a la indemnización, que sólo se presenta nítidamente como prestación autónoma, adquirida por terceros, en los seguros de vida, conforme al artículo 88 de la Ley especial de Seguros (STS 17 de diciembre 1994)».

Más recientemente la sentencia 669/2014, de 2 de diciembre, analizó un nuevo caso de seguro de vida con cobertura de invalidez vinculado a un préstamo hipotecario, siendo lo destacable (por su relación con el motivo segundo del presente recurso) que en la demanda, promovida por los hijos del asegurado, se había pedido la condena de la aseguradora a pagar a los demandantes, mientras que el fallo del tribunal de apelación ordenó que el pago, por importe igual al saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado, se hiciera a la entidad prestamista beneficiaria, y solo el remanente, a los demandantes. La parte recurrente tachó la sentencia de incongruente, no solo por conceder algo distinto sino por resolver sobre una causa de pedir distinta, pero esta sala concluyó que no hubo incongruencia razonando que «los demandantes, beneficiarios del seguro vida concertado por su padre con ocasión de la firma de un contrato de préstamo hipotecario que pretendía garantizar su devolución, solicitaron en su demanda la condena de la compañía a pagarles la suma asegurada. La sentencia de apelación, al conocer de la objeción planteada por la aseguradora de que la beneficiaria del seguro sería, en primer lugar, la prestamista y hasta el saldo adeudado a la muerte del causante, no incurre en incongruencia cuando estima la demanda y ordena el pago de la suma asegurada, si bien primero debía entregarse a Caja Guadalajara el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro, para luego abonar el remanente a los demandantes.

»En la medida en que los herederos demandantes tienen derecho a cobrar el restante de la suma asegurada que resulte de haberse amortizado antes aquel saldo pendiente del préstamo, la sentencia no incurre en incongruencia cuando resuelve en el sentido indicado, pues lo decidido estaba sustancialmente incluido en lo pedido. Máxime cuando, como afirma la sentencia recurrida, «de la íntegra lectura de la demanda se obtiene la evidente conclusión de que los actores están reclamando la indemnización con destino a la cancelación del préstamo vinculado, lo que obviamente presupone su entrega a la prestamista en la proporción que a esta corresponda según la cuantía pendiente de cancelación"».

2.- En relación con la audiencia previa, cuyo contenido y finalidad se regulan en el art. 426 LEC, la sentencia 337/2015, de 16 de junio, declara que su función «es evitar confusiones, aclarar conceptos, suplir omisiones y corregir errores», con el único límite de no alterar la causa de pedir. Así, el apdo. 2 del art. 426 LEC que se cita como infringido declara que «también podrán las partes aclarar las alegaciones que hubieren formulado y rectificar extremos secundarios de sus pretensiones, siempre sin alterar éstas ni sus fundamentos».

SEXTO.- De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta a los motivos examinados se desprende que estos deben ser estimados por las siguientes razones:



1.ª) Estando ante un seguro de vida con cobertura de invalidez vinculado a un préstamo hipotecario, que no se niega fuera suscrito con una aseguradora del mismo grupo que la entidad designada como primera beneficiaria, es indudable que al producirse el siniestro objeto de cobertura -reconocimiento de la invalidez-, y ante la inactividad de la entidad prestamista beneficiaria, la asegurada/tomadora, demandante y hoy recurrente, tenía legitimación activa para interesar el cumplimiento del seguro en vigor y, por tanto, para reclamar de su aseguradora el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, entre ellas, y como principal, el pago de la suma asegurada, sin perjuicio de respetar los derechos de la entidad prestamista beneficiaria.

2.ª) Esto fue lo que aconteció pues, como resulta de las peticiones de la demanda (la demandante destacó en negrita la pretensión de cumplimiento) y de los preceptos invocados en su fundamentación jurídica (arts. 1088 , 1089 , 1091 , 1101 , y 1124 CC , todos ellos relativos a la fuerza vinculante del contrato denegado y a la responsabilidad contractual por incumplimiento), la acción principalmente ejercitada fue la de cumplimiento contractual, para la que la demandante se encontraba legitimada como parte del contrato de seguro y como titular del interés asegurado. No admitir tal legitimación podría dar lugar a que, por la sola inactividad de la entidad prestamista en cuanto beneficiaria del seguro y su actividad en cuanto prestamista frente al prestatario, este tuviera que seguir amortizando el préstamo, que es precisamente aquello frente a lo que le protege el seguro cuya prima corre a su cargo.

3.ª) En definitiva, el seguro litigioso respondía a un interés compartido por la tomadora/asegurada demandante y la entidad de crédito prestamista: el de la primera, quedar liberada de su obligación de devolver el préstamo si se producía el siniestro; y el de la segunda, garantizarse la devolución del préstamo si no lo devolvía la prestataria en caso de muerte o invalidez. Pero en cualquier caso es más que evidente el interés legítimo de la asegurada, y en caso de muerte el de quienes le sucedan en sus derechos y obligaciones, en que el seguro responda a la causa por la que se contrató, se haga efectivo y, en consecuencia, se la libere de su obligación de devolver el préstamo por quedar entonces la obligación de devolver el capital pendiente a cargo de la aseguradora. Entenderlo de otra forma equivale a poder dejar inermes al asegurado o a su familia en un trance especialmente difícil que el asegurado quiso evitar precisamente mediante la concertación del seguro y el pago de la prima correspondiente, cuya contrapartida no puede ser otra que la respuesta de la aseguradora entregando el dinero a la prestamista designada como primera beneficiaria pero para saldar la deuda que aparezca en la cuenta del asegurado, lo que demuestra que también este es beneficiario desde un punto de vista sustancial o material y no puramente formal.

4.ª) Tanto la sentencia de primera instancia como la de apelación negaron la legitimación activa de la demandante hoy recurrente por haber solicitado el cobro para sí y no para la primera beneficiaria. Sin embargo, no hay ninguna base razonable para entender que la demandante pretendiera soslayar los derechos de la entidad prestamista intentando el cobro para sí del capital asegurado, pues cualquier duda a que pudiera dar lugar la literalidad de las peticiones de la demanda quedó disipada por la propia parte demandante en el acto de la audiencia previa por el cauce del art. 426.2 LEC . No hubo, pues, una *mutatio libelli* prohibida por el art. 412 LEC , como considera la sentencia recurrida, sino una aclaración conducente a delimitar el objeto del proceso en función de lo alegado en la contestación a la demanda.

5.ª) En consecuencia, no admitir dicha aclaración -con base en una interpretación excesivamente formalista del art. 426 LEC -, causó una evidente indefensión a la parte demandante hoy recurrente desde el momento en que la razón decisoria de las sentencias de ambas instancias fue que la demandante no podía reclamar el pago para sí del capital asegurado.

La estimación de estos dos primeros motivos del recurso determina que no sea necesario examinar el tercero. Se anula la resolución recurrida para, a continuación, según lo establecido en la DF 16.ª, regla 7.ª, LEC , resolver sobre el fondo de las pretensiones formuladas en la demanda con sujeción a lo alegado como fundamento del recurso de casación (así, sentencias 625/2016, de 24 de octubre , y 627/2016, de 25 de octubre).

SÉPTIMO.- La reciente sentencia de esta sala 726/2016, de 12 de diciembre , dictada además en un asunto en que fue parte la misma entidad hoy recurrida, sintetiza la jurisprudencia sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS , abordando las dos cuestiones actualmente controvertidas: el valor como cuestionario de la declaración de salud contenida en la documentación que integra la póliza, dada la falta de exigencias formales al respecto, y la configuración del deber del tomador de declarar el riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que le pregunta el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto.

1. Comienza afirmando dicha sentencia que la jurisprudencia de esta sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS aparece compendiada en la 72/2016, de 17 de febrero, que se expresa en los siguientes términos:



«La jurisprudencia de esta Sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS (entre las más recientes, SSTS de 2 de diciembre de 2014, rec. 982/2013 , y 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013 , que a su vez citan y extractan las SSTS de 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999 , 11 de mayo de 2007, rec. 2056/2000 , 15 de noviembre de 2007, rec. 5498/2000 , y 3 de junio de 2008, rec. 154/2001) viene declarando que dicho precepto, ubicado dentro del título I referente a las disposiciones generales aplicables a toda clase de seguros, ha configurado, más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador, ya que este, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Esta configuración se aclaró y reforzó, si cabe, con la modificación del párrafo primero de este art. 10, al añadirse un último inciso según el cual "[q]uedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él" (STS de 2 de diciembre de 2014). En consecuencia, para la jurisprudencia la obligación del tomador del seguro de declarar a la aseguradora, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, se cumple "contestando el cuestionario que le presenta el asegurador, el cual asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta (SSTS 25 de octubre de 1995 ; 21 de febrero de 2003 ; 27 de febrero de 2005 ; 29 de marzo de 2006 ; 17 de julio de 2007, rec. 3121/2000)". (STS de 4 de diciembre de 2014)».

»Configurado así este deber, según la STS de 4 de diciembre de 2014 las consecuencias de su incumplimiento son las establecidas en el artículo 10 II LCS y consisten en:

- a) La facultad del asegurador de "rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitudes del tomador del seguro".
- b) La reducción de la prestación del asegurador "proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo". Esta reducción se produce únicamente si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.
- c) La liberación del asegurador del pago de la prestación. Este efecto solo se produce, según el artículo 10 II, último inciso, LCS , "[s]i medió dolo o culpa grave del tomador del seguro"».

»Por tanto, sigue diciendo la STS de 4 de diciembre de 2014 , mientras que la " reducción de la prestación del asegurador no exige que concurren circunstancias de dolo o culpa grave del tomador del seguro, sino sólo la existencia de reticencias o inexactitudes en la declaración, y, en virtud del principio de rogación procesal, según la jurisprudencia consolidada de esta Sala (en contra, STS de 12 de abril de 2004), que el asegurador ejercite la pretensión en el momento procesal oportuno (SSTS de 7 de junio de 2004 ; 15 de julio de 2005, rec. 612/1999)", por el contrario "la facultad del asegurador de rechazar el siniestro y de liberarse de la obligación de indemnizar solamente puede ejercitarse en caso de que en la declaración previa de riesgos haya mediado dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro...", concurriendo dolo o culpa grave "en las declaraciones que tienen como finalidad el engaño del asegurador, aunque no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte (arts. 1260 y 1261 CC), y en las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario", debiéndose partir en casación de que "la determinación de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se debe a culpa grave, es de libre apreciación del tribunal sentenciador, por cuanto, versando sobre la aplicación de conceptos jurídicos, estos han de resultar de los hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial fija y valora (SSTS 12 de agosto de 1993 ; 24 de junio de 1999 ; 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999)".

»Esta misma jurisprudencia ha matizado que el tomador no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario fuera rellenado por el personal de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de aquella, pues lo verdaderamente relevante es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante, de tal forma que, "en los casos en que el cuestionario es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso, que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso hemos de entender que ha existido una infracción del deber de declaración" (STS de 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013)».



2. En cuanto a si el cuestionario de salud debe o no revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia (tesis que defiende la parte recurrente para negarle valor como tal a la declaración de salud contenida en la póliza), la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre , declara lo siguiente:

«Ahora bien, que el deber de declarar el riesgo se traduzca en un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador no implica que el cuestionario deba revestir una forma especial pues, como apunta la parte recurrida, en numerosas ocasiones esta sala ha otorgado eficacia a la «Declaración de salud» que se incorpora a la documentación integrante de la póliza de seguro. Así, la sentencia 482/2004, de 31 de mayo , declaró:

»"Es cierto, que, si la entidad aseguradora no exige el cuestionario [o declaración correspondiente] debe pechar con las consecuencias (SS., entre otras, 23 de septiembre de 1.997 , 22 de febrero y 7 de abril de 2.001 , 17 de febrero de 2.004), porque [en el régimen de la LCS] no hay propiamente un deber de declaración, sino de respuesta del tomador acerca de lo que le interesa de él al asegurador y que le importa a efectos de valorar debidamente el riesgo, como la concurrencia de aquellos otros extremos que sean de interés (SS., ente otras, de 11 de noviembre y 2 de diciembre de 1.997 y 22 de febrero de 2.001). La jurisprudencia no exige una forma especial para lo que el art. 10 LCS denomina 'cuestionario' (según la segunda de las acepciones del Diccionario de la RAE, que resulta la más adecuada aquí, es una 'lista de preguntas que se proponen con cualquier fin'), por lo que no se contradice la doctrina legal dándole plena eficacia a la 'Declaración Estado Salud' que figura impresa en la póliza firmada por el asegurado (f. 98), y en tal sentido se orientan entre otras Sentencias las de 24 de junio de 1.999 y 2 de abril de 2.001 ".

»En el mismo sentido, la sentencia 693/2005, de 23 de septiembre , declaró, acerca del cuestionario de salud, que "no existe una exigencia de forma especial para el mismo, por lo que ha de reconocerse plena eficacia a la 'declaración de salud' que suele insertarse en las pólizas a que nos referimos"».

A su vez, también la sentencia 157/2016, de 16 de marzo , reconoció la validez, como cuestionario, de la declaración de salud suscrita por el asegurado e insertada en la documentación de la póliza.

Por tanto, desde esta perspectiva, la decisión de la sentencia recurrida de reconocer validez a la declaración de salud contenida en la póliza fue correcta.

3 . En consecuencia, procede examinar la segunda cuestión, esto es, si la declaración de salud, formalmente válida como cuestionario, lo era también materialmente, es decir, si por su contenido podía concluirse que era conducente a que la asegurada pudiera conocer su salud y si las preguntas que se le hicieron eran bastantes para que pudiera ser consciente de que, al ocultar su esquizofrenia, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

En este sentido, la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre , declara que «configurado jurisprudencialmente el deber del tomador de declarar el riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que le pregunta el asegurador, y recayendo en este las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto (en el que se omitan circunstancias que puedan influir en la exacta valoración del riesgo), la controversia finalmente se contrae a determinar si las preguntas formuladas (cualquiera que sea la fórmula elegida por el asegurador) "fueron o no conducentes a que, en sus circunstancias, el tomador pudiera razonablemente advertir o ser consciente de la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que la aseguradora debiera conocer para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas" (sentencia 72/2016, de 17 de febrero)».

Partiendo de esa doctrina general, su aplicación concreta ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario.

-La sentencia 157/2016, de 16 de marzo , en un caso que guarda cierta semejanza con el presente (pues también se trató de una póliza de seguro de vida exigida por la entidad prestamista con la finalidad de garantizar la devolución del préstamo -en aquel caso, para la adquisición de un vehículo a motor-, que fue suscrita por el tomador/asegurado ante los empleados de la entidad bancaria, sin intervención directa de la aseguradora), valora el contenido la declaración de salud, en concreto la circunstancia de que se tratara de una cláusula «estereotipada acerca de la salud general que presenta el asegurado» en el momento de suscribir el seguro, en la que no se concretaban preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura, y por eso descarta que en ese caso el asegurado hubiera infringido el deber de contestación o respuesta que le imponía el art. 10 LCS al no mencionar la enfermedad (cáncer) que padecía. En concreto declara lo siguiente:

«Como se observa de la póliza suscrita, lejos de interesar alguna respuesta acerca de enfermedades relevantes del asegurado, caso del cáncer padecido, resulta claramente estereotipada acerca de la salud general que presenta el asegurado, sin individualizar o concretar preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura. De forma que no puede considerarse que el asegurado, al no mencionar dicha enfermedad



padecida, infringiera el deber de contestación o de respuesta que le impone el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro ».

-Por el contrario, en el caso analizado por la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre , respecto de un seguro de la misma entidad RV, la sala sí aprecia infracción del deber de declarar el riesgo porque en las condiciones particulares se incluyó una declaración de salud según la cual, a diferencia del caso examinado por la sentencia 157/2016 , no se le preguntó al tomador de forma meramente genérica si se encontraba en buen estado de salud o si había padecido o padecía en ese momento cualquier enfermedad o lesión, sino que se le preguntó específicamente acerca de patologías concretas (cardíacas, circulatorias, oncológicas, infecciosas del aparato digestivo o endocrinas -diabetes-) que además hubieran precisado tratamiento médico, constanding al respecto que el asegurado sabía, al menos desde el año 1997, que sufría una patología cardíaca y respiratoria grave, para la que se le prescribió como tratamiento oxígeno domiciliario y que terminó siendo la causa de su invalidez. En atención a ello esta sala concluye que, con independencia de la forma elegida por el asegurador para dar cumplimiento a su obligación de someter al tomador/asegurado a un cuestionario, lo relevante era que las cuestiones integrantes de la «Declaración de salud» fueron suficientemente claras para que el tomador pudiera razonablemente advertir, ser consciente y, por tanto, no ocultar, la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que debía percibir como objetivamente influyentes para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas, máxime cuando a continuación de la declaración sobre su salud, pero también como declaraciones del asegurado, se incluyeron las relativas al no ejercicio de determinadas profesiones y actividades de riesgo y, en último lugar, la relativa al no consumo de tabaco y/o bebidas alcohólicas, con una precisión para esta última («salvo uno o dos vasos de vino o cervezas al día») que apoyaba más la tesis del tribunal sentenciador sobre la participación consciente del asegurado en su declaración.

-La misma sentencia 726/2016 se apoyaba a su vez en la sentencia 72/2016, de 17 de febrero , que también confirmó la existencia de una actuación dolosa del tomador por ocultar a sabiendas datos sobre su salud (antecedentes sobre depresión y posterior trastorno bipolar, que precisaron tratamiento con medicación) conocidos por él y que guardaban relación con las preguntas de los cuestionarios y con la naturaleza y cobertura de los seguros de vida e invalidez suscritos. Aunque no se le formularon preguntas sobre una patología o enfermedad en particular, esa sentencia 72/2016, de 17 de febrero , concluyó que, teniendo el asegurado antecedentes de enfermedad psíquica (depresión) que venían mereciendo atención y tratamiento continuado desde al menos doce años antes de su adhesión, «nada justificaba que respondiera negativamente a la pregunta de si había tenido o tenía alguna limitación psíquica o enfermedad crónica, y menos aún que también negara haber padecido en los cinco años anteriores alguna enfermedad que precisara tratamiento médico».

4. El presente asunto presenta una mayor similitud con el analizado por la sentencia 157/2016, de 16 de marzo , y, en consecuencia, la solución ha de ser la misma. En el asunto resuelto por la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre , a pesar de que la declaración de salud era de un tenor muy similar a la que ahora se enjuicia (no en vano, ya se ha dicho que en ambos casos se trata de seguros suscritos por la misma entidad aseguradora), lo determinante para que entonces se apreciara que hubo ocultación dolosa fue que el asegurado era conocedor de que sufría una patología cardíaca y respiratoria grave, por la que había precisado tratamiento con oxígeno domiciliario, y que, preguntado expresamente sobre si padecía o había padecido alguna enfermedad de esa misma naturaleza (cardíaca o respiratoria), lo negó, afirmando tener buena salud y plena capacidad para trabajar. En el asunto resuelto por la sentencia 72/2016 , aunque las preguntas fueron más genéricas y no se le interrogó sobre una patología en concreto, al menos sí se le preguntó sobre si había tenido o tenía alguna limitación física o enfermedad crónica, situación en la que encajaban sus antecedentes por depresión. En cambio, en el presente caso, a diferencia de los dos anteriores, dados los términos en que se encuentra redactada la declaración de salud por parte de la compañía aseguradora, no cabe entender que porque la tomadora no manifestara en 2009 los antecedentes de posible psicosis que padecía desde finales de 2003 estuviera ocultando datos de salud relevantes para la valoración del riesgo, pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectante a su salud mental (solo se aludió a patologías de tipo cardíaco, respiratorio, oncológico, circulatorio, infeccioso, del aparato digestivo o endocrino -diabetes-) ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental que condujeron finalmente a la incapacidad. En tales circunstancias, siguiendo el criterio de la sentencia 157/2016, de 16 de marzo , ha de ser la aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario -declaración de salud- y la consecuencia de que por tal imprecisión no llegara a conocer el estado de salud de la asegurada en el momento de suscribir la póliza, sin que pueda apreciarse incumplimiento doloso por el tomador del seguro del deber de declaración del riesgo que permita liberar a la aseguradora del pago de la prestación reclamada con base en los arts. 10 y 89 LCS .



5. Como consecuencia de lo anterior, procede estimar el recurso de apelación interpuesto en su día por la demandante, revocar la sentencia apelada y estimar la demanda. Por tanto, se condena a la entidad aseguradora demandada a pagar a la beneficiaria Caixa Rural D'Algemés S. Coop. V. de Crèdit, la suma de 171.938,45 euros (cantidad que se concretó en el acto de la audiencia previa, coincidente con el importe de la deuda pendiente de amortizar en la fecha en que sobrevino el siniestro, 8 de noviembre de 2011, según certificado emitido por la entidad beneficiaria prestamista), salvo lo ya pagado de esa cantidad por la propia demandante, en cuyo caso el pago se hará a esta, y a pagar a la demandante las cantidades reclamadas en la demanda en concepto de intereses (remuneratorios del capital del préstamo hipotecario) y gastos bancarios que la parte demandante haya ido abonando desde la fecha del siniestro. Todas estas cantidades deberán incrementarse con los intereses de demora del art. 20 LCS, calculados durante los dos primeros años siguientes al siniestro al tipo legal más un 50% y a partir de ese momento, al tipo del 20% si aquel no resulta superior (sentencia de Pleno 251/2007, de 1 de marzo, seguida, entre otras, por las sentencias 632/2011, de 20 de septiembre, 165/2012, de 12 de marzo, y 736/2016, de 21 de diciembre)

OCTAVO.- De conformidad con lo dispuesto en el art. 398.2 LEC, al estimarse el recurso extraordinario por infracción procesal y lo alegado en el recurso de casación, no procede imponer a ninguna de las partes las costas causadas por los mismos.

En cuanto a las costas de la segunda instancia, de conformidad con el referido art. 398.2 LEC tampoco ha lugar a su imposición a una de las partes, dado que el recurso tenía que haber sido estimado.

En cuanto a las costas de la primera instancia, al estimarse la demanda, por aplicación de lo dispuesto en el art. 394.1 LEC, procede su imposición a la parte demandada.

Conforme al apdo. 8 de la d. adicional 15.^a LOPJ, procede devolver los depósitos constituidos.

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

ha decidido

1.º- Estimar el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por la demandante-apelante D.^a Eulalia contra la sentencia dictada el 29 de diciembre de 2014 por la sección 8.^a de la Audiencia Provincial de Valencia en el recurso de apelación n.º 551/2014. 2.º Estimar también lo alegado en el recurso de casación interpuesto por la misma parte contra la referida sentencia, que se deja sin efecto. 3.º En su lugar, estimando el recurso de apelación interpuesto en su día por la parte demandante contra la sentencia dictada el 22 de septiembre de 2014 por la juez titular del Juzgado de Primera Instancia n.º 6 de Alzira en las actuaciones n.º 762/2013 de juicio ordinario, revocar esta última para, en su lugar: a) Estimar íntegramente la demanda interpuesta por D.^a Eulalia contra la entidad Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros. b) Y condenar a dicha entidad a pagar a la beneficiaria Caixa Rural D'Algemés S. Coop. V. de Crèdit la suma de 171.938,45 euros, salvo lo ya pagado de esa misma cantidad por la demandante, en cuyo caso el pago se hará a ella misma, y a la demandante el importe a que asciendan las cantidades pagadas por ella desde la fecha del siniestro en concepto de intereses remuneratorios y gastos del préstamo hipotecario, incrementadas todas esas cantidades con los intereses del art. 20 LCS calculados durante los dos primeros años siguientes al siniestro al tipo legal más un 50% y a partir de ese momento al tipo del 20% si aquel no resulta superior. 4.º- No imponer a ninguna de las partes las costas de los recursos extraordinario por infracción procesal y de casación ni las de la segunda instancia, e imponer a la parte demandada las costas de la primera instancia. 5.º- Y devolver a la parte recurrente los depósitos constituidos. Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente

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

Así se acuerda y firma.