



Roj: **STS 2075/2020 - ECLI:ES:TS:2020:2075**

Id Cendoj: **28079110012020100328**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **01/07/2020**

Nº de Recurso: **3582/2017**

Nº de Resolución: **390/2020**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **PEDRO JOSE VELA TORRES**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP Z 1540/2017,**
STS 2075/2020

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 390/2020

Fecha de sentencia: 01/07/2020

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 3582/2017

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 25/06/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres

Procedencia: AUD.PROVINCIAL DE ZARAGOZA SECCION N. 2

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

Transcrito por: MAJ

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 3582/2017

Ponente: Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 390/2020

Excmos. Sres.

D. Ignacio Sancho Gargallo

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

D. Juan María Díaz Fraile



En Madrid, a 1 de julio de 2020.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por D. Pelayo, representado por el procurador D. José Ignacio Bericat Nogué, bajo la dirección letrada de D. José Antonio Lecifiena Martínez, contra la sentencia dictada el 11 de julio de 2017 por la sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Zaragoza, en el recurso de apelación n.º 257/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 277/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Ejea de los Caballeros, sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida e invalidez. Ha sido parte recurrida la aseguradora Aegón Santander Generales Seguros y Reaseguros S.A., representada por el procurador D. Eduardo Codes Feijoo, bajo la dirección letrada de D. Carlos Pomades Barriocanal.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 1 de septiembre de 2016 se presentó demanda interpuesta por D. Pelayo contra "Aegon Santander Vida Seguros y Reaseguros, S.A.", solicitando se dictara sentencia con los siguientes pronunciamientos:

"por la que se condene a la demandada a hacer pago al demandante de la suma de TREINTA Y TRES MIL SETENTA Y CINCO EUROS (33.075 €.-) más intereses del art. 20 LCS desde fecha 27 de octubre de 2015 a fecha de pago y las costas del procedimiento".

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Ejea de los Caballeros, dio lugar a las actuaciones n.º 277/2016 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, compareció como Aegón Santander Generales Seguros y Reaseguros S.A. y se opuso a la demanda solicitando su íntegra desestimación con imposición de costas a la parte demandante.

TERCERO.- El juzgado dictó sentencia el 9 de febrero de 2017 desestimando la demanda con imposición de costas al demandante.

CUARTO.- Interpuesto por el demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la parte demandada y que se tramitó con el n.º 257/2017 de la sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Zaragoza, esta dictó sentencia el 11 de julio de 2017 desestimando el recurso y confirmando la sentencia apelada con imposición de costas al apelante.

QUINTO.- Contra la sentencia de segunda instancia la parte demandante-apelante interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

El recurso extraordinario por infracción procesal se articuló en cuatro motivos, con los siguientes enunciados:

"PRIMERO.- El primer motivo se formula al amparo del artículo 469.1.4º de la Ley de Enjuiciamiento Civil y se denuncia infracción del art. 326 LEC en relación con el art. 24 CE al incurrir la sentencia en error patente y arbitrariedad en la valoración realizada por la sentencia recurrida que comporta una infracción del derecho a la tutela judicial efectiva. La sentencia recurrida confiere plena validez y eficacia al cuestionario de salud obrante al folio 169 por no haber sido impugnado, cuando la impugnación documental a la que hace referencia el art. 326 LEC únicamente puede efectuarse cuando se cuestione la autenticidad del documento".

"SEGUNDO.- El segundo motivo se formula al amparo del artículo 469.1.2º de la Ley de Enjuiciamiento Civil por infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia. Infracción del art. 218 LEC relativo de la exhaustividad y congruencia de las sentencias".

"TERCERO.- El tercer motivo se formula al amparo del artículo 469.1.2º de la Ley de Enjuiciamiento Civil por infracción de las normas procesales reguladoras de la sentencia. Infracción del art. 217 LEC relativo a las reglas del reparto de la carga probatoria".

"CUARTO.- El cuarto motivo se formula al amparo del artículo 469.1.4º de la Ley de Enjuiciamiento Civil se denuncia infracción del art. 217 LEC en relación con el art. 24 CE al incurrir la sentencia recurrida en error patente y arbitrariedad en la valoración realizada por la sentencia recurrida así como vulneración de las reglas del reparto de la carga de la prueba que comporta infracción del derecho a la tutela judicial efectiva".

El recurso de casación, formulado al amparo del ordinal 3.º del artículo 477.2 LEC, por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, se componía de un solo motivo con el siguiente enunciado:

"PRIMERO.- Al amparo del artículo 477.2.3º de la Ley de Enjuiciamiento Civil se denuncia infracción del art. 10 de la Ley 50/80 de la Ley de Contrato de Seguro existiendo jurisprudencia contradictoria plasmada en las



sentencias de la Sala I del Tribunal Supremo de 12 de diciembre de 2016, 4 de diciembre de 2014, 10 de septiembre de 2007 y 6 de abril de 2001".

SEXTO.- Recibidas las actuaciones en la sala y personadas las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, los recursos fueron admitidos por auto de 25 de septiembre de 2019, a continuación de lo cual la demandada-recorrida presentó escrito de oposición solicitando la íntegra desestimación de los recursos con expresa imposición de costas a la parte recurrente.

SÉPTIMO.- Al no solicitarse por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para votación y fallo el día 25 de junio de 2020, en que tuvo lugar a través del sistema de videoconferencia habilitado por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes*

1.- El 10 de julio de 2013 D. Pelayo suscribió con Aegon Santander Vida Seguros y Reaseguros, S.A. (actualmente Aegon Santander Generales Seguros y Reaseguros S.A., en adelante la aseguradora) una póliza denominada "Seguro Santander Vida Empresas y Autónomos", que además del riesgo de fallecimiento cubría el de invalidez absoluta y permanente con una suma asegurada de 30.000 € revalorizables. El seguro se suscribió con la mediación del Banco de Santander S.A., entidad financiera perteneciente al mismo grupo empresarial al que pertenecía la aseguradora. Por esta razón, la póliza se cumplimentó en una oficina de dicha entidad.

2.- Entre la documentación contractual se incluyó una "Declaración de estado de salud del asegurado" del siguiente tenor:

"LA PERSONA A ASEGURAR DEBE CUMPLIMENTAR MANUALMENTE ESTE APARTADO, CONTESTANDO SI O NO A LA PRIMERA PARTE DE CADA UNA DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS, Y EN CASO DE CONTESTACIÓN AFIRMATIVA DEBERÁ CONTESTAR TAMBIÉN A LA SEGUNDA PARTE DE CADA UNA DE LAS CUESTIONES PLANTEADAS.

"1. Padece o ha padecido: infarto, angina de pecho, arritmias cardíacas, accidente cerebro-vascular, trombosis o embolias cerebrales, diabetes, depresión, cáncer u otro tipo de afección maligna, o tiene Ud. concedida o en trámite una minusvalía superior al 33%?

Si No

"2. Ha sido sometido en los últimos 7 años o va a serlo próximamente a: intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis, o ha interrumpido su actividad laboral por accidente o enfermedad durante un periodo superior a 20 días en los últimos 3 años?

Si No

"Cuál?.....Desde cuándo?....."

"3. Se encuentra actualmente en tratamiento médico?

Si No

"Fecha...../...../.....Motivo.....Resultado....."

"4. Ha sido diagnosticado y/o tratado de la enfermedad de obesidad?

.....

"5. En caso de haber contestado afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores le rogamos que amplíe la información con fechas, resultados, situación actual.

....."

3.- En el mismo documento, a continuación de la referida declaración de salud, se incluyó un apartado denominado "DATOS DE PROFESIÓN Y DEPORTE", con dos apartados respectivamente denominados "PROFESIÓN Y TRABAJO ESPECÍFICO DESEMPEÑADO" y "DEPORTES QUE PRACTICA", los cuales quedaron sin rellenar.

4.- La declaración de salud fue cumplimentada con los datos facilitados por el asegurado al responder a las preguntas que se le hicieron, y fue firmada por este.

Aunque el asegurado negó haber estado de baja por enfermedad durante un periodo superior a veinte días en los últimos siete años, cuando se le formuló tal cuestión llevaba bastante más tiempo de baja por incapacidad



temporal. En concreto, según la documentación médica obrante en las actuaciones, el Sr. Pelayo fue dado de baja por incapacidad temporal derivada de enfermedad común con fecha 15 de mayo de 2013 (es decir, casi dos meses antes de firmar la póliza) y continuó en dicha situación hasta que se le reconoció la invalidez.

Desde mayo de 2013 se concluyó médicamente que los problemas de salud que sufría el Sr. Pelayo se debían a una patología de tipo neurológico que sugería "una afectación del nervio radial izquierdo en todo su trayecto" y una "impresión diagnóstica inicial de Neuropatía Motora Multifocal con Bloqueos de Conducción". Esos primeros resultados, anteriores a la firma de la póliza, determinaron que se le hicieran más estudios y que en un informe de finales de mayo de 2014 se concretaron en una "NEUROPATÍA MOTORA MULTIFICAL" y una "PLEXOPATÍA BRAQUIAL IZQUIERDA", a las que en junio de 2014 se añadió un "SÍNDROME ELA-LIKE DISINMUNE".

5.- Por resolución de fecha 27 de octubre de 2014 del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se reconoció al Sr. Pelayo una incapacidad permanente en el grado de total para la profesión habitual. Como cuadro clínico residual se indicaba "POLINEURITIS INFECCIOSA AGUDA. ELA", y como limitaciones orgánicas y funcionales "ELA CON IMPORTANTE AFECTACIÓN EN EESS".

La anterior calificación fue revisada el 22 de octubre de 2015 y se fijó la incapacidad permanente en el grado de absoluta.

6.- Comunicado el siniestro a la compañía de seguros, esta denegó el pago de la suma asegurada con fundamento en los arts. 10 y 89 LCS y alegó que "en los informes médicos figuran patologías diagnosticadas con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, 10/07/2013".

7.- El Sr. Pelayo interpuso una demanda contra la aseguradora, en la que solicitó que se la condenara al pago de 33.075 €, más los intereses del art. 20 LCS y al pago de las costas.

8.- Tras la oposición de la demandada, la sentencia de primera instancia desestimó la demanda y condenó en costas al demandante. Consideró, básicamente, que el demandante había ocultado los problemas de salud que ya padecía cuando firmó la póliza.

9.- El recurso de apelación del demandante fue desestimado por la Audiencia Provincial por las mismas razones.

10.- El demandante interpuso contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación por interés casacional, en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, interesando la estimación de la demanda. En su oposición a los recursos la aseguradora recurrida ha solicitado su desestimación.

Recurso extraordinario por infracción procesal

SEGUNDO.- *Formulación de los motivos de infracción procesal. Identidad de alegaciones. Resolución conjunta*

1.- El primer motivo de infracción procesal, formulado al amparo del art. 469.1.4º LEC, denuncia la infracción del art. 326 LEC, en relación con el art. 24 CE, por error patente y arbitrariedad en la valoración de la prueba documental.

En su desarrollo, la parte recurrente argumenta, resumidamente, que la declaración de salud no puede hacer prueba plena, aunque no se discuta su autenticidad, sino que debe valorarse conjuntamente con el resto de la prueba.

2.- El segundo motivo de infracción procesal se formula al amparo del art. 469.1.2º LEC y denuncia la infracción del art. 218 LEC, por falta de exhaustividad y congruencia de la sentencia.

En su desarrollo, argumenta el recurrente que la sentencia recurrida no valora que el demandante no fue consciente de que se le interrogara conforme a un cuestionario de salud, por lo que no pudo faltar a ningún deber de declaración del riesgo, como se deduce del hecho de que en el documento no figure ningún dato personal suyo. Tampoco ha tenido en cuenta que la mera estampación de la firma no supone que el demandante hubiera sido efectivamente preguntado por su salud o por si había estado de baja médica. Máxime cuando la enfermedad se le diagnosticó después de firmarse la póliza.

3.- El tercer motivo de infracción procesal, formulado conforme al art. 469.1.2º LEC, denuncia la infracción del art. 217 LEC.

Al desarrollarlo, el recurrente argumenta, resumidamente, que la sentencia recurrida infringe las normas de la carga de la prueba, porque no se ha probado cómo se presentó el cuestionario. Además, al no quedar acreditado el dolo del asegurado operaría el art. 89 LCS ("incontestabilidad" de la póliza).



4.- El cuarto motivo, formulado al amparo del art. 469.1.4º LEC, se funda también en infracción del art. 217 LEC, en relación con el art. 24 CE, por error patente y arbitrariedad en la valoración de las reglas sobre el reparto de la carga de la prueba.

En su desarrollo, el recurrente se remite a lo dicho en el motivo precedente, con el añadido de que la infracción de las reglas del *onus probandi* constituye, a su vez, un error patente y arbitrariedad en la valoración probatoria determinante de indefensión.

5.- Como todos los motivos tratan sobre el mismo problema, que es la valoración probatoria del documento en que se recogió la declaración de salud, los resolveremos conjuntamente, para evitar inútiles repeticiones.

TERCERO.- Desestimación del recurso extraordinario por infracción procesal

1.- El recurso por infracción procesal no puede convertirse en una tercera instancia. Para que un error en la valoración de la prueba tenga relevancia para la estimación de un recurso de esta naturaleza, con fundamento en el art. 469.1.4º LEC, debe ser de tal magnitud que vulnere el derecho a la tutela judicial efectiva del art. 24 CE. En las sentencias de esta sala 418/2012, de 28 de junio, 262/2013, de 30 de abril, 44/2015, de 17 de febrero, 303/2016, de 9 de mayo, y 411/2016, de 17 de junio (entre otras muchas), recordamos que no todos los errores en la valoración probatoria tienen relevancia a estos efectos, dado que es necesario que concurren, entre otros requisitos, los siguientes: 1º) que se trate de un error fáctico, -material o de hecho-, es decir, sobre las bases fácticas que han servido para sustentar la decisión; y 2º) que sea patente, manifiesto, evidente o notorio, lo que se complementa con el hecho de que sea inmediatamente verificable de forma incontrovertible a partir de las actuaciones judiciales.

2.- Asimismo, no cabe confundir una valoración errónea de la prueba con la infracción de las normas que regulan la carga probatoria ya que la finalidad de las reglas reguladoras del *onus probandi* es determinar contra cuál de los litigantes deben operar las consecuencias desfavorables de la falta de demostración de los hechos controvertidos relevantes para la decisión del litigio, por lo que no entran en juego más que en casos de falta de prueba de esos hechos (sentencias 565/2019, de 23 de octubre, y 468/2019, de 17 de septiembre)

3.- En todo caso, no es el recurso extraordinario por infracción procesal, sino el de casación, el cauce adecuado para denunciar cuestiones jurídicas sustantivas como la revisión de la valoración jurídica del contenido de la declaración o cuestionario de salud, esto es, si fue, no solo formal, sino también materialmente válido para apreciar la ocultación dolosa del riesgo por parte del asegurado (sentencias 37/2019, de 21 de enero, 562/2018, de 10 de octubre, 542/2017, de 4 de octubre, y 313/2014, de 18 de junio).

4.- De las precedentes consideraciones se desprende que los cuatro motivos de infracción procesal deben ser desestimados por las siguientes razones:

(i) La autenticidad del documento no es cuestionada, por lo que su valoración no es de índole fáctica, sino jurídica.

(ii) No cabe apreciar vulneración de las reglas que regulan la carga de la prueba cuando ha existido prueba y la misma ha sido valorada por el tribunal.

(iii) La sentencia recurrida no apoya su decisión exclusivamente en la falta de impugnación del documento, sino que valora en conjunto otros factores, fundamentalmente, de orden médico o clínico.

(iv) La disconformidad de la parte recurrente con las conclusiones alcanzadas por la Audiencia Provincial nada tienen que ver con una posible valoración errónea de la prueba practicada, ni con la infracción de las reglas sobre la carga de la prueba, ni menos aun con la infracción del deber de congruencia (al que se refiere el motivo segundo), pues lo que en puridad no se comparte es la valoración jurídica del cuestionario. Cuestión que ha de examinarse en casación.

Recurso de casación

CUARTO.- Único motivo de casación. Deber de declaración del riesgo

Planteamiento:

1.- El recurso de casación se articula en un solo motivo fundado en infracción del art 10 LCS y de la jurisprudencia de esta sala que se cita y extracta (sentencias de 12 de diciembre de 2016, 4 de diciembre de 2014, 10 de septiembre de 2007 y 6 de abril de 2001).

2.- En el desarrollo del motivo, la parte recurrente aduce, resumidamente que la declaración de salud no es bastante para apreciar ocultación dolosa, puesto que el asegurado no tuvo participación personal alguna en la cumplimentación de ese documento, ya que se limitó a firmarlo.



Decisión de la Sala:

1.- La jurisprudencia interpretativa del art. 10 LCS está resumida en la sentencia 7/2020, de 8 de enero, que establece las siguientes pautas:

(i) El deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas, que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro.

(ii) El asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber de respuesta por la sola circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella, si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal.

(iii) El cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que dependa su eficacia, por lo que se admiten las denominadas "declaraciones de salud" que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza.

(iv) Lo que debe examinarse es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían. Es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

2.- En particular y por lo que ahora interesa, debe destacarse que, según la jurisprudencia, lo único jurídicamente relevante desde el punto de vista formal, independientemente de quien rellene o cumplimente materialmente el cuestionario o la declaración de salud (esto es, aunque sea el empleado del banco o de la entidad mediadora), es que aquel se cumplimente con las respuestas dadas por el tomador (sentencias 72/2016, de 17 de febrero, 726/2016, de 12 de diciembre, y 562/2018, de 10 de octubre), apreciación fáctica, no revisable en casación, que normalmente responde a una valoración de la prueba en su conjunto, entre la que se incluye el hecho indiciario de que en el mismo se incluyan datos personales que solo pudieron ser facilitados por el asegurado (sentencias 562/2018, de 10 de octubre, y 323/2018, de 30 de mayo).

3.- La aplicación al caso de este conjunto de jurisprudencia determina que el recurso deba ser desestimado por las siguientes razones:

(i) Según los hechos probados, que no cabe revisar en casación, el asegurado fue sometido a una declaración de salud que firmó y se incorporó a la documentación contractual, la cual se cumplimentó con los datos facilitados por el propio asegurado. En esa declaración el asegurado no informó sobre su baja por enfermedad, iniciada a mediados de mayo de 2013 y que, sin solución de continuidad, aun subsistía en el momento de suscribir la póliza el 10 de julio de ese mismo año (téngase en cuenta que se le preguntó específicamente si había estado de baja laboral durante un periodo de más de veinte días en los últimos tres años y respondió que no).

Esta ocultación no queda dispensada por el hecho de que el diagnóstico concluyente de la enfermedad neurológica fuera posterior a la fecha de suscripción de la póliza, puesto que en el momento de suscripción de la póliza ya existía una situación de baja médica duradera, conocida por el asegurado, por la que fue expresamente preguntado y que ocultó injustificadamente al asegurador. Con ello impidió que la compañía pudiera valorar adecuadamente el riesgo que asumía, esto es, que el asegurado sufría problemas de salud de tipo neurológico que estaban siendo objeto de estudio, cuya gravedad y progresivo deterioro fueron los que finalmente causaron la invalidez.

(ii) La alegación del recurrente de que no tuvo intervención alguna en la cumplimentación del cuestionario, más allá de la estampación de la firma, contradice la base fáctica de la sentencia recurrida y no puede ser tomada en consideración en casación. En todo caso, que falten datos sobre la profesión o la práctica deportiva es completamente irrelevante en relación con la enfermedad padecida y su relación causal con la producción del siniestro.

QUINTO.- Costas y depósitos

1.- La desestimación de los recursos extraordinario por infracción procesal y de casación conlleva que deban imponerse sus costas a la parte recurrente, según determina el art. 398.1 LEC.

2.- Asimismo, debe ordenarse la pérdida de los depósitos constituidos para su formulación, como previene la Disposición Adicional 15ª, apartado 9, LOPJ.



FALLO

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

1.º- Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por D. Pelayo contra la sentencia núm. 500/2017, de 11 de julio, dictada por la Sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Zaragoza, en el recurso de apelación n.º 257/2017.

2.º- Imponer al recurrente las costas de ambos recursos y ordenar la pérdida de los depósitos constituidos para su formulación.

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

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

Así se acuerda y firma.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ