



Roj: **STS 5377/2016 - ECLI:ES:TS:2016:5377**

Id Cendoj: **28079110012016100700**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **12/12/2016**

Nº de Recurso: **2993/2014**

Nº de Resolución: **726/2016**

Procedimiento: **Casación**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP SE 4150/2014,**
STS 5377/2016

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a 12 de diciembre de 2016

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Hernan , representado de oficio por el procurador D. Carlos Sáez Silvestre y defendido de oficio por el letrado D. Rafael Guillén Brando Berraquero, contra la sentencia dictada el 30 de septiembre de 2014 por la sección 8.ª de la Audiencia Provincial de Sevilla en el recurso de apelación n.º 4889/2014 -A-C, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 600/2012 del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Morón de la Frontera sobre contrato de seguro de vida e incapacidad y reclamación de cantidad. Ha sido parte recurrida la aseguradora demandada Rural Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.ª Yolanda San Lorenzo Serna y asistida por el letrado D. Miguel Sánchez de las Matas y Sánchez de las Matas.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 5 de octubre de 2012 se presentó demanda interpuesta por D. Hernan contra la entidad Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros solicitando se dictara sentencia por la que:

«declare que dicha Entidad adeuda a mi representada la cantidad de CUARENTA Y CINCO MIL EUROS (45.000?); y la condene al pago de dicha cantidad, sus intereses legales y las costas del procedimiento».

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Morón de la Frontera, dando lugar a las actuaciones n.º 600/2012 de juicio ordinario, y emplazada la demandada, esta compareció y contestó a la demanda planteando con carácter previo la excepción de falta de legitimación activa del demandante, oponiéndose a continuación en el fondo y solicitando se dictara una sentencia íntegramente desestimatoria, con condena en costas al demandante.

TERCERO.- Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, el juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 19 de marzo de 2014 desestimando la demanda con imposición de costas al demandante.

CUARTO.- Interpuesto por el demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, que se tramitó con el n.º 4889/2014-A-C de la sección 8.ª de la Audiencia Provincial de Sevilla , esta dictó sentencia el 30 de septiembre de 2014 desestimando el recurso aunque sin imposición de costas, «al desestimarse el recurso por motivos diferentes a los que se adujeron en la sentencia para desestimar la demanda».

QUINTO.- Contra la sentencia de segunda instancia el demandante-apelante interpuso recurso de casación al amparo del art. 477.2-3.º LEC , por interés casacional en la modalidad de oposición a la doctrina



jurisprudencial de esta sala. El recurso se componía de un motivo único (denominado «Primero») con el siguiente encabezamiento:

«Primero.- Al amparo del art. 477.3 en relación con el art. 477.1 y 477.2.3º, todos ellos LEC, por infracción del art. 10 de la Ley de Contrato de Seguros y oposición a la doctrina jurisprudencial de la Sala Primera del Tribunal Supremo, y en concreto las Sentencias de 30 enero 2003, 17 febrero 2004, 14 junio 2006, 2 octubre 2006, y 8 mayo de 2008, entre otras».

SEXTO.- 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 8 de junio de 2016, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando la desestimación del recurso con imposición de costas a la parte recurrente.

SÉPTIMO.- Por providencia de 10 de noviembre 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 29, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente litigio versa sobre la reclamación de un asegurado 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, pretensión que fue desestimada íntegramente en ambas instancias (si bien en apelación por razones distintas de las contenidas en la sentencia apelada).

En lo que ahora interesa, conviene destacar que mientras que en primera instancia se acogió la excepción de falta de legitimación activa y no se entró en el fondo del asunto, por el contrario el tribunal de apelación, entrando directamente en el fondo del asunto, confirmó la desestimación de la demanda con base en el art. 10 LCS, por la existencia de dolo o culpa grave en el tomador/asegurado respecto de su deber de declarar el riesgo al haber ocultado su enfermedad. Al respecto razona que, pese a no haber podido acreditarse la existencia de un cuestionario de salud ajustado a la normativa aplicable, sí que constaba la existencia de una declaración de salud incorporada a las condiciones particulares de la póliza suscrita en 2005 según la cual el asegurado decía estar en plenas condiciones para trabajar, gozar de buena salud y no padecer ni haber padecido enfermedad o lesión, en particular de tipo cardiaco o respiratorio, ocultando así maliciosamente que en 1997 había sido diagnosticado de insuficiencia cardiaca derecha secundaria y de insuficiencia respiratoria, patologías por las que se le prescribió tratamiento con oxígeno domiciliario y que fueron las que finalmente determinaron que en 2008 fuera declarado en situación de incapacidad permanente absoluta por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante INSS).

Los datos más relevantes del litigio son los siguientes:

1.- Se ha declarado probado (fundamento de derecho primero de la sentencia recurrida) y además no se discute: a) que con fecha 17 de agosto de 2005 (y efecto desde las 12 h de ese mismo día) el demandante D. Hernan suscribió con la aseguradora Rural Vida S.A., de Seguros y Reaseguros una póliza de seguro de vida (póliza n.º NUM000) que también cubría los riesgos de incapacidad absoluta y permanente con una suma asegurada de 45.000 euros (doc. 1 de la demanda); b) que en las condiciones particulares (doc. 2 de la demanda y 2 de la contestación) se contenía la siguiente declaración del asegurado: «(1) Tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardiaca, circulatoria, oncológica, infecciosa del aparato digestivo o endocrina -diabetes-) que haya precisado tratamiento médico [...]»; c) que en mayo de 1997 fue diagnosticado en el Hospital Universitario de Valme de Metehemoglobinemia, insuficiencia cardiaca derecha secundaria y de insuficiencia respiratoria parcial en estudio, prescribiéndosele tratamiento con oxígeno domiciliario, diagnóstico que fue reflejado en el ingreso hospitalario de 27 de febrero de 2008 (dictamen pericial aportado como doc. 10 de la contestación); y d) que mediante resolución del INSS de fecha 6 de agosto de 2008, dictada a propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del INSS de Sevilla, el Sr. Hernan fue declarado en situación de «incapacidad permanente absoluta para todo trabajo» y se le reconoció el derecho a la correspondiente pensión pública (con efectos desde el 5 de julio de 2008), constando como cuadro clínico residual desencadenante de dicha incapacidad «Sahos de carácter grave con repercusión respiratoria y cardiológica: insuficiencia respiratoria crónica secundaria, cor pulmonar crónico con descompensación en marzo. Hipoxemia de 62 MMHG e hipercapnia SIG. 51 MMHG en periodo estable. Metahemoglobinemia. Obesidad» y como limitaciones orgánicas y funcionales «Limitaciones cardiorrespiratorias grado.3» (doc. 4 de la demanda).



2.- Tras comunicar el siniestro a su aseguradora (lo que hizo por fax el 27 de mayo de 2011, según doc. 7 de la contestación) y formular su reclamación pecuniaria, la compañía de seguros denegó el pago alegando, en síntesis, que a tenor del contenido de la declaración del asegurado obrante en las condiciones generales de la póliza, sus antecedentes médicos y la relación entre estos y la patología causante de la invalidez, el demandante había incumplido su deber de declarar el riesgo, ocultando información conocida y relevante sobre su estado de salud (doc. 9 de la contestación).

3.- En consecuencia, luego de intentar sin éxito la conciliación (doc. 6 de la demanda) el Sr. Hernan promovió el presente litigio en reclamación de la suma asegurada más intereses legales y costas. En apoyo de sus pretensiones, y por lo que ahora interesa, se limitó a argumentar que cuando fue declarado en situación de invalidez permanente absoluta tenía en vigor póliza de seguros que cubría dicho riesgo, habiendo resultado infructuosas todas las gestiones realizadas para el cobro de la suma asegurada (incluyendo el referido intento de conciliación).

4.- La compañía de seguros se opuso a la demanda planteando con carácter previo la excepción de falta de legitimación activa del demandante por haberse designado beneficiario a la entidad Caja Rural Sur, SCC, «por el importe de cualquier deuda contraída por el tomador y pendiente de liquidar en la fecha del siniestro», y en cuanto al fondo, en síntesis, lo siguiente: a) que de conformidad con el art. 1 de las condiciones generales «constituyen la base de este contrato las declaraciones del tomador contenidas en la solicitud de seguro y en su caso, del asegurado, que recogerá la declaración de estado de salud, incluyendo si procede, las correspondientes pruebas médicas»; b) que de acuerdo con la previsión anterior, en las condiciones particulares de la póliza se incluyó la declaración del estado de salud del Sr. Hernan, debidamente firmada por este, en la que manifestó tener plena capacidad para trabajar, gozar de buena salud y no haber padecido ni padecer enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrina -diabetes-) que hubiera precisado tratamiento médico, haciéndose constar expresamente en el art. 3.3 d) de las condiciones generales, y también con la firma del tomador, la exclusión de cobertura en caso de «[...] enfermedades o dolencias originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro»; c) que al hacer esa declaración de salud el asegurado ocultó maliciosamente a la aseguradora que tenía antecedentes médicos por cor pulmonar crónico, insuficiencia respiratoria y cardíaca, metahemoglobinemia y que era fumador habitual, tratándose de datos que conocía desde mucho antes, que influían en la correcta valoración del riesgo y que, además, como luego se demostró, se encontraban directamente relacionados con la causa de la invalidez que se le reconoció en 2008, datos médicos que la aseguradora solo pudo conocer tres años después de que tuviera lugar el siniestro, en 2011, cuando reclamó al asegurado la remisión de la documentación correspondiente; d) que tal ocultación, además de dar lugar a la aplicación de la exclusión o limitación de cobertura expresamente pactada, constituía un supuesto incardinable en el art. 10 LCS (dolo o culpa grave), razones ambas por las que la aseguradora debía quedar liberada de su obligación de pago.

5.- La sentencia de primera instancia desestimó la demanda al apreciar falta de legitimación activa del demandante por no ser beneficiario del seguro, sin entrar en el fondo del asunto.

6.- La sentencia de segunda instancia, desestimando el recurso de apelación del demandante, confirmó la desestimación de la demanda pero por las razones de fondo a las que antes se hizo referencia, esto es, porque «pese a la inexistencia o al menos, no constancia de cuestionario», sí resultaba acreditado - en virtud de la declaración de salud contenida en las condiciones particulares y la documentación médica obrante en autos- que al firmar la póliza el tomador/asegurado ocultó dolosamente patologías conocidas (cardíacas y respiratorias) que incluso precisaron tratamiento, que se encontraban dentro de las contenidas en la declaración, por las que debía intuir que podían influir en la valoración del riesgo y que fueron las que terminaron causando su invalidez, por todo lo cual dicha conducta constituía un caso de dolo o culpa grave del art. 10 LCS «dada la intrínseca relación de la patología que el actor cuando contrata y cuando es declarado en situación de incapacidad permanente».

7.- El demandante recurrió la sentencia de segunda instancia en casación. Como beneficiario de justicia gratuita el recurrente fue declarado exento de constituir el depósito para recurrir exigido por la ley.

SEGUNDO.- El recurso de casación se formula por interés casacional en la modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta Sala, con fundamento en la infracción del art. 10 y de la jurisprudencia que lo interpreta (cita las sentencias de 30 de enero de 2003, 17 de febrero de 2004, 14 de junio de 2006, 2 de octubre de 2006 y 8 de mayo de 2008).

En síntesis se alega que, según dicha jurisprudencia, el deber de declarar el riesgo no es un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de respuesta veraz al cuestionario de salud que debe presentar el asegurador, que es a quien exclusivamente incumbe soportar las consecuencias de su no presentación; y que, como en este caso no fue el recurrente quien tomó la iniciativa de contratar el seguro de vida sino que fue la



entidad financiera con la que concertó un préstamo hipotecario para adquirir su casa (Caja Rural del Sur) la que le impuso contratar dicho seguro con la aseguradora RGA Rural Vida S.A., y puesto que en esa tesitura «no fue sometido a cuestionario de salud ni redactó personalmente el impreso de adhesión al seguro, y por tanto, no consta debidamente acreditado si fue o no interrogado acerca de su estado de salud previo», ha de quedar «exonerado del deber impuesto en el art. 10 de la LCS ». En particular se aduce que «la declaración de salud» que aparece en lo que denomina «certificado de adhesión al seguro» no es un verdadero cuestionario de salud en los términos que exigen la ley y la jurisprudencia aplicables, sino una simple declaración, con un contenido previamente impreso, que no daba la oportunidad al asegurado de dar respuestas propias y que formaba parte de la documentación que se entregó al asegurado junto con la del préstamo hipotecario.

En trámite de oposición la aseguradora recurrida ha solicitado la desestimación del recurso y ha alegado, en síntesis, que la jurisprudencia no exige una forma especial para lo que el art. 10 LCS denomina «cuestionario», dándose plena eficacia a la «declaración de estado de salud» que figura impresa en la póliza suscrita por el asegurado (se citan y extractan en tal sentido las sentencias de 31 de mayo de 2004 y 23 de septiembre de 2005 y se citan las más recientes de 14 de febrero de 2014 y 17 de febrero de 2016), recordando además la jurisprudencia (con cita de la sentencia de 10 de mayo de 2011) de que, aun cuando no se someta al asegurado a cuestionario de salud, este incumple su obligación de declarar el riesgo si oculta las circunstancias relevantes por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Se argumenta, por último, que constituyen una cuestión nueva las razones aducidas por el recurrente poniendo en duda las circunstancias en que se firmó la declaración de salud y que al respecto debe prevalecer la valoración probatoria del tribunal sentenciador puesto que el recurso de casación no permite su revisión.

TERCERO.- El motivo, y por tanto el recurso, ha de ser desestimado por las siguientes razones:

1.ª) Atendiendo a los hechos probados, a la razón decisoria de la sentencia recurrida y al núcleo de la argumentación del recurso, la controversia se centra en si la declaración de estado de salud que figura en la póliza suscrita por el demandante (sin que pueda discutirse ahora, por implicar una alteración de los hechos probados, que el tomador del seguro no fuese debidamente advertido o preguntado por esa información relevante que firmaba) constituye o no una declaración eficaz a la hora de poder concluir (como hace la sentencia recurrida) que hubo ocultación maliciosa de enfermedades anteriores conocidas y, por tanto, dolo o culpa grave en el asegurado que libera al asegurador de su obligación de pago.

2.ª) La reciente sentencia 72/2016, de 17 de febrero , sintetiza la jurisprudencia de esta sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS 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).

3.ª) 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., entre 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».

Recientemente, 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) no advierte obstáculo alguno en examinar la «Declaración de salud» con el alcance del cuestionario al que alude el art. 10 LCS, si bien por razón del contenido de tal declaración, en concreto por 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, esta sala descartó en ese caso que el asegurado hubiera



infringido el deber de contestación o respuesta que le impone el art. 10 LCS por no mencionar la enfermedad (cáncer) que padecía.

Por ello cabe concluir 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).

4.ª) De lo anterior se deduce que la sentencia recurrida no se opone a la referida doctrina jurisprudencial, porque es un hecho probado que en las condiciones particulares se incluyó un declaración de salud (cuyo contenido, como ya se ha puntualizado, no puede sostenerse ahora que no fuera conocido por el asegurado por más que se tratara de una cláusula impresa o que se firmara ante el personal de la entidad financiera que actuaba por cuenta de la aseguradora) según la cual, a diferencia del caso examinado por la sentencia 157/2016, no se le preguntó tan solo de forma 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 igualmente acreditado 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 consecuencia, 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 es 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 apoya más la tesis del tribunal sentenciador -participación consciente del hoy recurrente en su declaración- que la del recurso.

En este sentido, la referida sentencia 72/2016, de 17 de febrero, 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) que conocía y guardaban relación con las preguntas de los cuestionarios y con la naturaleza y cobertura de los seguros de vida e invalidez suscritos, y esto incluso a pesar de que, a diferencia del presente caso, en aquel las preguntas contenidas en dichos cuestionarios fueron genéricas y no hicieron referencia alguna a patología o enfermedad en particular.

CUARTO.- Conforme a los arts. 487.2 y 398.1 en relación con el 394.1, todos de la LEC, procede confirmar la sentencia recurrida e imponer las costas al recurrente.

FALLO

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

1.º- Desestimar el recurso de casación por interés casacional interpuesto por el demandante D. Hernan contra la sentencia dictada el 30 de septiembre de 2014 por la sección 8.ª de la Audiencia Provincial de Sevilla en el recurso de apelación n.º 4889/2014 -A-C. **2.º-** E imponer las costas al recurrente. Líbrese al mencionado tribunal la comunicación correspondiente, con devolución de los autos y rollo de sala.

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

Así se acuerda y firma.