



Roj: **STS 528/2016 - ECLI:ES:TS:2016:528**

Id Cendoj: **28079110012016100077**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **17/02/2016**

Nº de Recurso: **2714/2013**

Nº de Resolución: **72/2016**

Procedimiento: **CIVIL**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP GR 538/2013,**
STS 528/2016

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a diecisiete de Febrero de dos mil dieciséis.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Pedro Antonio , representado por el procurador D. Javier Lorente Zurdo, contra la sentencia dictada el 3 de mayo de 2013 por la Sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Granada en el recurso de apelación n.º 8/2013 , dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 893/2011 del Juzgado de Primera Instancia n.º 14 de Granada sobre reclamación de cantidad fundada en contrato de seguro. Ha sido parte recurrida la mercantil demandada "Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A.", representada ante esta Sala por la procuradora D.ª Sara Pastor Querol.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 23 de marzo de 2011 se presentó demanda interpuesta por D. Pedro Antonio contra Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A. solicitando se dictara sentencia con los siguientes pronunciamientos:

«1º.- Declare la obligación de la demandada de indemnizar a Pedro Antonio de conformidad con la cobertura de Invalidez Permanente Absoluta, condenándola al pago a éste de:

Por la póliza de Seguro Colectivo de Vida y accidentes nº NUM000 y nº NUM001 , el importe de 60.000.?

Por la póliza Seguro de Protección Personal nº NUM002 , el importe de 60.101,20.-?

2º.- Condene a la demandada al pago de los intereses legales de la indemnización, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro .

3º.- Condene a la demandada al pago de las costas de este procedimiento, declarándose su mala fe y temeridad».

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 14 de Granada, dando lugar a las actuaciones n.º 893/2011 de juicio ordinario, emplazada la demandada Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A., esta compareció y contestó a la demanda solicitando su íntegra desestimación con expresa imposición de las costas a la parte demandante.

TERCERO.- Con fecha 19 de octubre de 2011 la mercantil demandada presento escrito promoviendo incidente excepcional de nulidad de actuaciones por no haber tenido noticia alguna sobre el señalamiento de la audiencia previa, impidiendo su asistencia. En concreto solicitó se estimase la nulidad y se repusieran las actuaciones «al estado inmediatamente anterior al señalamiento de la audiencia previa, sirviéndose señalarla de nuevo con notificación a esta parte del nuevo señalamiento de la audiencia previa». Dado traslado a la parte



demandante, esta presentó escrito oponiéndose a la nulidad. El citado Juzgado dictó auto de 22 de noviembre de 2011 declarando la «nulidad de lo actuado desde la convocatoria de la audiencia previa, retro trayéndose las actuaciones efectuando un nuevo señalamiento de esta».

CUARTO.- Celebrada la audiencia previa, recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, la juez del mencionado Juzgado dictó sentencia el 5 de noviembre de 2012 con el siguiente fallo:

«Se estima parcialmente la demanda interpuesta por el Procurador de los Tribunales Dña. Yolanda Reynoso Mochón en representación de Pedro Antonio , contra SEGUROS EL CORTE INGLES, y por ello debo condenar y condeno al demandado a abonar al actor la cantidad de 60.000 ? y respecto a las costas del juicio cada parte abonará las causadas a su instancia y las comunes por mitad».

QUINTO.- Contra dicha sentencia la parte demandada Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A. interpuso recurso de apelación y la parte demandante impugnó la sentencia en lo que respecta a la procedencia de los intereses de demora del art. 20 LCS . Correspondiendo el conocimiento de la segunda instancia a la Sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Granada, en actuaciones n.º 8/2013, esta dictó sentencia el 3 de mayo de 2013 con el siguiente fallo:

«con estimación del recurso formulado por Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros S.A., y con rechazo del interpuesto por D. Pedro Antonio , revocar la sentencia dictada en 5-11-12, por el Juzgado de 1ª Instancia Número 14 de Granada , y, en su consecuencia, desestimar la demanda planteada por el Sr. Pedro Antonio frente a Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros S.A., a la que absolvemos de los pedimentos en su contra deducidos, con imposición al actor de las costas de la primera instancia y de su recurso, y sin efectuar condena en las de la alzada de la aseguradora referida».

SEXTO.- Contra la sentencia de segunda instancia la parte demandante interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación ante el mismo tribunal sentenciador.

El recurso extraordinario por infracción procesal se fundó en dos motivos, respectivamente formulados al amparo de los ordinales 2.º y 4.º del art. 469.1 LEC , en los que se citaban como infringidos los arts. 218.1 LEC y 24.1 de la Constitución .

El recurso de casación se interpuso al amparo del art. 477.2.3.º LEC , por interés casacional en la modalidad de oposición a la jurisprudencia de esta Sala, «por inaplicación, interpretación errónea o, en su caso, aplicación indebida de los artículos 10 y 11 de la Ley de Contrato de Seguro , en concordancia con el artículo 89 del mismo texto legal ; todos ellos puestos en relación con la doctrina jurisprudencial de esta Sala», preceptos cuya vulneración se desarrollaba en dos motivos encabezados de la forma siguiente:

«Primero.- Del deber de declarar el riesgo: doctrina del Tribunal Constitucional sobre el cuestionario de salud».

«Segundo.- De la inexistencia de mala fe del asegurado: en cualquier caso sería de aplicación el artículo 89 de la Ley de Contrato del Seguro ».

Además, para el caso de que se estimara el recurso de casación, la parte recurrente interesaba que se resolviera favorablemente la impugnación de la sentencia de primera instancia en materia de intereses de demora.

SÉPTIMO.- Recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, por auto de 21 de octubre de 2014 se acordó admitir el recurso de casación e inadmitir el recurso extraordinario por infracción procesal por carencia manifiesta de fundamento (art. 473.2.2.º LEC). Esta resolución declaró a la parte recurrente exenta de efectuar los depósitos exigidos por la DA 15.ª LOPJ al gozar del derecho de asistencia jurídica gratuita.

OCTAVO.- La parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando la desestimación del recurso y la íntegra confirmación de la sentencia apelada, con expresa imposición de costas a la parte recurrente.

NOVENO.- Por providencia de 22 de enero 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 9 de febrero siguiente, en que tuvo lugar.

Ha sido Ponente el Magistrado Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan,

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 en virtud de los seguros de vida e invalidez suscritos tras haberle sido reconocida una invalidez permanente absoluta por trastorno bipolar, pretensión que



fue desestimada íntegramente en segunda instancia al apreciarse dolo o culpa grave en el tomador respecto de su deber de declarar el riesgo por haber ocultado su enfermedad.

Los datos más relevantes del litigio son los siguientes:

1.- No se discute que con fecha 16 de mayo de 2003 el demandante D. Pedro Antonio se adhirió a las pólizas colectivas de seguro de vida y accidentes de las que era tomador El Corte Inglés S.A. y aseguradora Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reintegros S.A. que, entre otras garantías, cubría el riesgo de invalidez permanente absoluta con una suma asegurada de 60.000 euros. Tampoco se discute que tres años después, el 16 de mayo de 2006, se amplió el capital de dichos seguros a la par que se incrementaba la prima, ni que el 1 de agosto de 2008 el demandante y la referida entidad aseguradora suscribieron la póliza de protección personal y seguro de vida individual n.º NUM002, que también cubría dicho riesgo, en este caso con un capital de 60.101,20 euros. Es un hecho probado que la aseguradora presentó en cada ocasión un breve cuestionario de salud y que, preguntado el demandante en el momento de la firma sobre si había tenido o tenía alguna limitación física o psíquica o enfermedad crónica y sobre si había padecido en los cinco años anteriores alguna enfermedad o accidente que hubiera requerido de tratamiento médico o de intervención quirúrgica, en todos los casos respondió a ambas preguntas negativamente (folios 38, 40 y 43 de las actuaciones de primera instancia), respondiendo en cambio afirmativamente a la pregunta de si se encontraba en buen estado de salud (folios 38 y 43). Salvo el último, los cuestionarios fueron rellenados a ordenador por los empleados de la entidad aseguradora, pero con las contestaciones suministradas por el tomador previa formulación de las preguntas.

2.- A consecuencia de un trastorno bipolar diagnosticado el 4 de febrero de 2009 que ocasionó una larga baja médica, mediante resolución de 15 de marzo de 2010 el INSS reconoció al Sr. Pedro Antonio una invalidez permanente absoluta (folio 174), procediendo seguidamente este a comunicar el siniestro y formular la oportuna reclamación pecuniaria a la compañía de seguros, que se opuso alegando que el demandante había incumplido su deber de declarar el riesgo ocultando información relevante sobre su estado de salud, en concreto que se encontraba en tratamiento médico por problemas de depresión desde mucho antes de contratar el primer seguro, y decidió extinguir los seguros en vigor.

3.- En consecuencia, el demandante inició el presente litigio en reclamación de la suma asegurada (60.000 euros con cargo a la póliza colectiva n.º NUM000 y 60.101,20 euros con cargo a la póliza de protección personal) más intereses del art. 20 LCS y costas. En apoyo de sus pretensiones y por lo que ahora interesa, adujo, en síntesis, lo siguiente: a) que tratándose de contratos de adhesión, las pólizas fueron preparadas por la oficina de El Corte Inglés Seguros; b) que fue un empleado de esta compañía quien rellenó en cada ocasión el correspondiente cuestionario de salud en el que las preguntas y las respuestas aparecían impresas sin que el tomador llegara a leerlas ni a rellenarlas personalmente, no siendo preguntado por el empleado sobre su salud ni requerido para que aportase documentación médica, por lo que en ningún momento fue consciente de estar ante un cuestionario de salud; c) que en todo caso, según art. 89 LCS, salvo en caso de dolo del asegurado, el asegurador no puede rescindir el contrato pasado un año desde la vigencia del seguro, por lo que debe asumir desde entonces la eventual reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración del riesgo; d) que en este caso no concurre dolo del asegurado en los términos que viene interpretando la jurisprudencia, porque en ningún momento tuvo conocimiento de padecer ninguna enfermedad mental antes de que se le diagnosticase el trastorno bipolar (4 de febrero de 2009), no pudiendo confundirse la depresión («trastorno depresivo reactivo») con el «trastorno afectivo bipolar» que condujo a su invalidez, debiendo soportar el asegurador las consecuencias que derivan de un cuestionario de salud no suficientemente preciso y que fue rellenado por su agente.

4.- La compañía de seguros se opuso a la demanda alegando, en síntesis, lo siguiente: a) que todos los datos sobre la salud del asegurado que se incorporaron a los respectivos cuestionarios fueron suministrados directa, personal e inmediatamente por el mismo, dictándose los al agente, que se limitó a su transcripción; b) que lo relevante es la firma del asegurado cuando refleja la efectiva voluntad del firmante, no la autoría formal del rellenado material del cuestionario; c) que el tomador infringió su deber de declarar exactamente el riesgo al ocultar «patologías, diagnósticos, atenciones, tratamientos y pruebas médicas» a las que estaba siendo sometido en el momento de suscribir las pólizas, ya que los antecedentes psicopatológicos se remontaban al año 1995 y desde entonces había recibido tratamiento médico psiquiátrico por cuadro depresivo -situación concurrente cuando se firmó el primer seguro el 16 de mayo de 2003-; d) que la aseguradora no tenía obligación de realizar reconocimiento médico; y e), que en consecuencia no procedía la imposición de intereses de demora.

5.- La sentencia de primera instancia estimó únicamente la reclamación por invalidez fundada en la póliza colectiva de seguro de vida y accidente n.º NUM000 de fecha 16 de mayo de 2003, condenando a la compañía al pago de la cantidad reclamada (60.000 euros) al no haberse suscitado discusión sobre la suma asegurada, pero sin imponer los intereses del art. 20 LCS. Sus razones fueron, en síntesis y por lo que ahora interesa,



las siguientes: a) el art. 10 LCS , al establecer que el tomador del seguro tiene el deber de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, impone obligaciones tanto a la entidad como al propio tomador, cuyo deber de declaración se limita a la contestación del cuestionario al que se le somete; b) en este caso la compañía cumplió su obligación de presentar un cuestionario al asegurado al tiempo de firmar el contrato (doc. 4 de la demanda y docs. 1, 2 y 3 de la contestación), c) para valorar si el tomador cumplió con el deber de declarar el riesgo «se hace preciso analizar previamente la existencia de enfermedad del demandante que guarde relación con la causa de la invalidez declarada posteriormente y la conciencia o conocimiento de la misma por el asegurado al tiempo de rellenar el cuestionario»; d) del análisis de la prueba resulta que el asegurado no fue consciente de su enfermedad ni al contratar la primera póliza (16 de mayo de 2003) ni al solicitar su ampliación (16 de mayo de 2006), «ya que el tratamiento farmacológico de tipo depresivo se constituye de manera más intensa y continuada a partir del año 2007», mientras que, por el contrario, sí fue plenamente consciente «de su enfermedad y del seguimiento de un tratamiento mixto farmacológico y psicológico de tipo depresivo» al contratar el seguro de protección personal (1 de agosto de 2008), y ello a pesar de que el diagnóstico definitivo de trastorno bipolar y la declaración de incapacidad se produjeran con posterioridad.

6.- La sentencia de segunda instancia estimó el recurso de la aseguradora, desestimó en consecuencia la impugnación del demandante respecto de los intereses moratorios y desestimó la demanda en su totalidad. Sus razones son, en lo que ahora interesa y en síntesis, las siguientes: a) el contrato de seguro es un contrato aleatorio configurado sobre la consideración de un riesgo que debe ser exactamente valorado por el asegurador mediante la información suministrada por el asegurado; b) el deber de declarar el riesgo (art. 10 LCS) se configura actualmente como un deber de contestación o respuesta al cuestionario que tiene la obligación de presentar el asegurador, debiendo el asegurado aportar, mediante su declaración veraz, todas las circunstancias que conozca al contratar que puedan influir en la valoración del riesgo, así como las que acontezcan durante el curso del contrato que puedan agravarlo, y el asegurador cumplir con un deber de diligencia concretado en presentar un cuestionario en el que se reflejen las cuestiones de influencia en el riesgo, siendo el cuestionario el que determina «los límites y el contenido de la declaración» del tomador, de tal manera que si el asegurador no hace las preguntas oportunas conducentes a que pueda concretarse la entidad y circunstancias del riesgo, es él quien ha de soportar las consecuencias y no el tomador; c) para el asegurado el incumplimiento de su deber supone que entre en juego el art. 10.2.º LCS y, por tanto, la pérdida de la prestación únicamente si se acredita que actuó con reserva o inexactitud debida a dolo o culpa grave, concurriendo estos en «las declaraciones que tienen como finalidad el engaño del asegurador, aunque no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte», y en «las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario»; d) la sentencia apelada había valorado erróneamente la prueba practicada, pues de la misma cabe concluir que ya al tiempo de suscribirse la primera póliza el tomador era consciente de su enfermedad, dado que en la numerosa prueba documental incorporada a las actuaciones se observa (folio 466, informe del Equipo de Salud Mental de Santa Fe de 10 de marzo de 2008), como antecedentes personales, que el asegurado había padecido doce años antes un «cuadro depresivo que requirió tratamiento específico», que en el informe de 30 de enero de 2012 (folio 493) se refirió la existencia de antecedentes psicopatológicos que se remontaban al año 1995, con numerosos antecedentes personales de esa enfermedad («tres años de Hª psicoanalítico- psiquiátrico y en 95-97 crisis », así como «numerosos informes del Área de Atención Primaria en las que constan episodios de trastornos depresivos tratados con medicación») y, en fin, que también en el informe del INSS que sirvió de base para la declaración de incapacidad del demandante se hizo mención tanto a la existencia de antecedentes por depresión, que se remontaban al año 1995, como al inicio de tratamiento psiquiátrico a comienzos de 2003; d) estos hechos probados permiten desestimar la pretensión del demandante, no solo la formulada con base en la póliza de 2008 sino también la formulada con base en la póliza de 2003 (única estimada por la sentencia apelada), siendo «sintomático» para llegar a tal conclusión el contenido del referido informe de 10 de marzo de 2008 en el que, además de reseñarse antecedentes por depresión doce años antes -1996-, se hace una expresa referencia a la preexistencia de una «sintomatología sugerente de un trastorno afectivo que oscila entre la depresión y la euforia», que «son los síntomas o episodios propios del trastorno bipolar que se diagnosticó finalmente en febrero de 2009», lo que conduce a concluir que cuando el demandante contestó a las preguntas que se le formularon sobre su salud, «faltó claramente a la verdad, ocultando conscientemente patologías, diagnósticos, atenciones y pruebas médicas a que estaba siendo sometido al menos desde 2003, por tanto, con anterioridad a 16-5-03».

7.- El demandante recurrió la sentencia de segunda instancia en casación y por infracción procesal, pero únicamente se ha admitido el recurso de casación. Como beneficiario de justicia gratuita el recurrente fue declarado exento de constituir los depósitos para recurrir exigidos 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 de los arts. 10 y 11 LCS , en concordancia con



el art. 89 del mismo texto legal y jurisprudencia que los interpreta, en cuanto al deber de declarar el riesgo en el cuestionario de salud presentado por la aseguradora (motivo primero) y en cuanto a la interpretación de la mala fe del asegurado para que pueda privársele de la prestación (motivo segundo).

En el motivo primero se alega que, de conformidad con el art. 10 LCS , el referido deber no comporta una obligación general y abstracta de declarar todas las circunstancias conocidas por el tomador que puedan influir en su valoración, sino que «se traduce en el deber más concreto y limitado de contestar verazmente al cuestionario que el asegurador le someta», quedando asimismo limitado «a las circunstancias "conocidas" por el tomador», de tal forma que si el asegurador no somete cuestionario alguno o el cuestionario es confuso, genérico, abstracto o incompleto y no pregunta expresamente sobre las circunstancias pretendidamente ocultadas, o bien cuando este ha sido rellenado por la propia aseguradora solicitando únicamente la firma del asegurado sin que este fuera consciente de la relevancia de las declaraciones que emitía, es el asegurador quien asume el riesgo de la inexactitud, citándose al respecto las SSTS de 18 de mayo de 1993 , 31 de diciembre de 2003 y 31 de mayo de 1997 -a la que se remite la anterior-. También se citan y extractan la SAP de Granada (Sección 5.ª) de 22 de enero de 2010 , sobre un caso en que el cuestionario era absolutamente genérico y no contenía ninguna pregunta relativa a la causa del siniestro en concreto, y la SAP de Granada (Sección 4.ª) de 27 de mayo de 2003 sobre un caso en el que la declaración de asegurado no se identificaba con el cuestionario, ya que se trataba de un modelo general que se tenía en el ordenador y se ponía a la firma de todos los clientes si contestaban afirmativamente a las preguntas que se les hacían. En aplicación de esta doctrina el motivo sostiene que la aseguradora solo puede ampararse en la ocultación del riesgo: a) si el asegurado conocía la patología que posteriormente ocasione su invalidez; y b) si el asegurado, a sabiendas de su estado, oculta datos sobre las circunstancias interesadas por la aseguradora, bien mediante revisión médica o bien mediante un cuestionario de salud preciso y concreto. En opinión del recurrente no concurren estos presupuestos, porque él se limitó a firmar un boletín de adhesión al seguro colectivo de El Corte Inglés en mayo de 2003, ofrecido por esta entidad para clientes con tarjeta de compra y en el que se integraba el cuestionario de declaraciones del asegurado, que se rellenó a ordenador por el agente de la entidad aseguradora, quien se limitó a dárselo al asegurado para firmar, sin practicar prueba o reconocimiento médico alguno y sin advertirle de su relevancia, todo lo cual implica que las declaraciones de salud se efectuaron de forma mecánica al imprimir la póliza, sin que en ningún momento se velara por que el asegurado fuera consciente de su contenido y relevancia. En segundo lugar se afirma que no cabe apreciar ocultación del riesgo si el asegurado, al declarar, no conocía la patología que posteriormente ocasione la invalidez, como según el recurrente sucedió en el presente caso, ya que en el momento de adherirse a un seguro y contratar el otro (en mayo de 2003 se adhirió a la póliza de vida e invalidez, en 2006 se amplió el capital de esta póliza y en 2008 contrató un seguro de protección personal) el asegurado no presentaba la patología causante de la invalidez (trastorno bipolar), pues esta no le fue diagnosticada hasta febrero de 2009, sin que los antecedentes de depresión reactiva fueran diagnosticados como enfermedad o el recurrente tuviera conciencia de estar enfermo con anterioridad a presentar la sintomatología que derivó en el trastorno bipolar y que se inició a principios del año 2009.

En el motivo segundo se alega que, poniendo en relación el art. 10 LCS con el art. 89 LCS , el asegurador no puede denunciar la reticencia o inexactitud transcurrido un año de la firma del seguro a menos que se demuestre el dolo del asegurado, «cláusula de incontestabilidad» que no es aplicable en atención a la jurisprudencia sobre la inexistencia de mala fe en el asegurado en casos de ausencia o falta de conocimiento suficiente de su enfermedad -con cita de las SSTS de 13 de octubre de 1989 , 18 de mayo de 1993 , 30 de septiembre de 1996 y 31 de mayo de 1997 -, doctrina que entiende de aplicación y que habría sido vulnerada por la sentencia recurrida toda vez que en el presente caso en ningún momento antes del diagnóstico del trastorno bipolar (4/2/2009) el asegurado tuvo conocimiento de ser víctima de una enfermedad mental y de los riesgos que entrañaba.

En trámite de oposición la aseguradora recurrida ha solicitado la desestimación del recurso y ha alegado, en síntesis, respecto del primer motivo, que los argumentos del recurrente contradicen los hechos probados según los cuales (fundamento de derecho cuarto de la sentencia recurrida) el demandante faltó claramente a la verdad al ocultar patologías, diagnósticos, atenciones y pruebas médicas a las que estaba siendo sometido al menos desde 2003, y esto pese a que las preguntas sobre su salud contenidas en los respectivos boletines de adhesión y en el seguro de protección personal eran «un auténtico cuestionario» y cumplían «fuera de toda duda» los requisitos del art. 10 LCS , constituyendo tal conducta del asegurado, según la sentencia recurrida, «un claro supuesto de dolo o culpa grave» y obviándose además por el recurrente que es irrelevante la autoría formal del rellenado material del cuestionario de salud (con cita de las SSTS de 24 de junio de 2006 , 31 de diciembre de 2003 , 23 de septiembre de 1997 y 25 de noviembre de 1993). En cuanto al motivo segundo, se insiste en que sí que se trató de verdaderos cuestionarios de salud y en que no cabe atribuirles una consideración distinta por el recurrente, ya que la interpretación de los contratos es función reservada en exclusiva al tribunal de instancia (con cita de las SSTS de 27 de septiembre de 2007 , 17 de diciembre de 2010



y 22 de marzo de 2012), sin que exista el menor atisbo de irracionalidad en sus conclusiones que justifique su revisión por esta Sala, siendo el punto de partida la letra del contrato cuando no existan dudas (con cita de la STS de 9 de diciembre de 2008). En esta línea se concluye que la sentencia recurrida valora adecuadamente la prueba documental e interpreta también correctamente los cuestionarios como auténticos cuestionarios de salud, apoyando en dicha interpretación y valoración su conclusión acerca la actuación dolosa del asegurado.

TERCERO.- Los dos motivos, que se examinan conjuntamente por su estrecha relación entre sí, han de ser desestimados por las siguientes razones:

1ª) 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).

2ª) La sentencia recurrida no se opone a la referida doctrina jurisprudencial, pues el recurrente sostiene que sí hay oposición desde una particular interpretación de los hechos que no se corresponde con los que la sentencia recurrida declara probados.

Así, consta probado que las pólizas colectiva e individual que sirven de fundamento a la reclamación del recurrente contenían los correspondientes cuestionarios de salud (en el primer caso como un apartado del boletín de adhesión denominado «declaraciones del solicitante» y, en el segundo, como un documento anexo) en los que, por lo que aquí interesa, se preguntó al recurrente si había tenido o seguía teniendo alguna limitación física o psíquica o enfermedad crónica, a lo que respondió que no, si había padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad o accidente que hubiera necesitado de tratamiento médico o de intervención quirúrgica, a lo que igualmente respondió que no, y si se consideraba en ese momento en buen estado de salud, a lo que respondió que sí, por lo que cabe concluir, en línea con las sentencias de las dos instancias, que la compañía de seguros cumplió con su obligación legal (art. 10 LCS) presentando el cuestionario al hoy recurrente al tiempo de asegurarse.

Por otra parte, también es un hecho acreditado que, con excepción del último, referente al seguro de protección personal suscrito en 2008 -que según la sentencia de primera instancia sí fue rellenado a mano por el asegurado-, los cuestionarios no fueron cumplimentados por el hoy recurrente de su puño y letra sino que fueron rellenados en cada caso por el respectivo empleado de El Corte Inglés, sirviéndose del ordenador. No obstante, a tenor de la doctrina expuesta, 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, siendo lo relevante, como es el caso, que conste acreditado que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por el tomador, previa formulación de las preguntas sobre su salud.

Llegados a este punto, 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 se contrae a determinar si las preguntas formuladas 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. En este sentido, pese a que las preguntas fueron genéricas, sin referencia a ninguna patología o enfermedad en particular, es determinante -base fáctica sobre la que se sustenta la razón decisoria de la sentencia recurrida- que, desde como mínimo doce años antes de la firma de la primera póliza, el asegurado venía padeciendo una patología de depresión que condujo a la enfermedad (transtorno bipolar) causante de su invalidez, tratándose de antecedentes depresivos que, lejos de manifestarse de forma esporádica, como episodios aislados, dieron lugar a numerosas crisis que merecieron sucesivas actuaciones de los servicios de atención primaria y que precisaron tratamiento con medicación. Y es igualmente determinante que, según la sentencia recurrida, en el informe del equipo de salud mental de Santa Fe emitido con fecha 10 de marzo de 2008 , se hiciera referencia a que estos antecedentes (cuadro depresivo) cursaron con sintomatología (transtorno afectivo que oscilaba entre la depresión y la euforia) muy similar o característica de la propia del transtorno bipolar. En consecuencia, siendo cierto que no se preguntó al asegurado sobre una patología en concreto y que al adherirse al seguro colectivo (mayo de 2003, con ampliación de capital en mayo de 2006) no podía conocer la relación entre aquellas depresiones y la enfermedad que le sería diagnosticada en febrero de 2009, pese a ello, teniendo 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 cuando resulta que el tratamiento psiquiátrico se inició a comienzos del año 2003, pocos meses antes de su adhesión a la póliza colectiva, pues al hacerlo estaba sustrayendo conscientemente, a sabiendas, del conocimiento de la aseguradora, datos relevantes sobre su estado de salud (patologías, diagnósticos, atenciones, pruebas médicas, tratamientos médicos) que conocía perfectamente, que además estaban directamente relacionados con las preguntas formuladas y, en fin, que indudablemente, por la naturaleza y coberturas de los seguros contratados, debía percibir como objetivamente influyentes para valorar el riesgo cubierto.



CUARTO.- Conforme al art. 398.1 en relación con el art. 394.1, ambos de la LEC , procede imponer las costas al recurrente.

Por lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

1.º Desestimar el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Pedro Antonio contra la sentencia dictada el 3 de mayo de 2013 por la Sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Granada en el recurso de apelación 8/2013 .

2.º E imponer las costas a la parte recurrente.

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

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos Francisco Marin Castan. Jose Antonio Seijas Quintana. Antonio Salas Carceller Francisco Javier Arroyo Fiestas. Eduardo Baena Ruiz. Fernando Pantaleon Prieto. Xavier O'Callaghan Muñoz. Firmada y rubricada. PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por el EXCMO. SR. D. Francisco Marin Castan, Ponente que ha sido en el trámite de los presentes autos, estando celebrando Audiencia Pública la Sala Primera del Tribunal Supremo, en el día de hoy; de lo que como Letrado/a de la Administración de Justicia de la misma, certifico.