

TRIBUNAL SUPREMO*Sentencia 1623/2024, de 03 de diciembre de 2024**Sala de lo Civil**Rec. n.º 564/2020***SUMARIO:****Contrato de seguro. Seguro de vida e invalidez. Declaración inexacta o errónea en el cuestionario. Deber de declaración del riesgo.**

Contrato de seguro de vida e invalidez, vinculado a un préstamo hipotecario y posteriormente se le reconoce por la Seguridad Social una incapacidad permanente absoluta al habersele diagnosticado un carcinoma. El asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora, que únicamente le ofertó un pago parcial, en aplicación de la regla proporcional, por haber omitido en el cuestionario de salud que padecía dos patologías: hipertensión arterial y epilepsia.

Interpretación del art. 89 de la Ley de Contrato de Seguro y la regla de la indisputabilidad.

Respecto a el deber de declaración del riesgo y calificación jurídica de las omisiones o inexactitudes, se configura por la jurisprudencia el deber de declaración del riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que, además, recaen las consecuencias que derivan de la omisión del cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto. Para que exista incumplimiento del deber de declaración del riesgo por parte del tomador del seguro, deben concurrir los siguientes requisitos: (i) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; (ii) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; (iii) que el riesgo declarado sea distinto del real; (iv) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; (v) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; (vi) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto. En los seguros de personas, la declaración de salud no tiene que estar sujeta a una forma concreta. Lo determinante es el contenido material del cuestionario «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. Para que la aseguradora quede liberada no sólo ha de concurrir dolo o culpa grave en las respuestas al cuestionario, sino que precisamente el dato o antecedente ocultado debe estar causalmente conectado con el riesgo cubierto. En este caso no se discute que el tomador del seguro no declaró que padecía dos enfermedades (hipertensión y epilepsia), pero tales dolencias no tuvieron relación causal con el padecimiento que definitivamente dio lugar a su declaración de incapacidad y constituyó el siniestro objeto de la póliza. Por lo que deberemos examinar qué consecuencias tiene eso respecto de la indemnización solicitada.

La cláusula de indisputabilidad está configurada legalmente como una especialidad de los seguros de vida y constituye una excepción a la facultad que confiere al asegurador para rescindir unilateralmente el contrato en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud en la declaración del riesgo. En los seguros de vida esa facultad expira al año desde la celebración del contrato, aunque el asegurador no tenga conocimiento de tales ocultaciones o reticencias. Es decir, la especialidad de esta previsión legal es que una vez

Síguenos en...



transcurrido el plazo del año (o el más breve que se pacte en el contrato) el asegurador carece de la facultad rescisoria, aunque se haya producido una declaración inexacta del riesgo, siempre y cuando no haya sido dolosa.

Una vez transcurrido un año desde la perfección del contrato, el asegurador no podía aplicar el art. 10 LCS para disminuir la prestación, al resultar aplicable la regla de indisputabilidad del art. 89 LCS, puesto que al no existir relación de causalidad entre las omisiones o inexactitudes del cuestionario de salud y la enfermedad en que se materializó el riesgo, se trataba de una falta de diligencia leve, en absoluto constitutiva de dolo

PONENTE:

D. Pedro Jose Vela Torres

Magistrados:

D.PEDRO JOSE VELA TORRES
D.IGNACIO SANCHO GARGALLO
D.RAFAEL SARAZA JIMENA

TRIBUNAL SUPREMO**Sentencia núm. 1.623/2024**

Fecha de sentencia: 03/12/2024

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 564/2020

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 28/11/2024

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

Procedencia: AUD.PROVINCIAL DE BARCELONA SECCION N. 19

Letrado de la Administración de Justicia: Sección 004

Transcrito por: MAJ

Nota:

CASACIÓN núm.: 564/2020

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

Letrado de la Administración de Justicia: Sección 004

TRIBUNAL SUPREMO**Sala de lo Civil****Sentencia núm. 1623/2024**

Excmos. Sres.

D. Ignacio Sancho Gargallo, presidente

Síguenos en...



D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

En Madrid, a 3 de diciembre de 2024.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D. Gumersindo, representado por el procurador D. Gonzalo Herráiz Aguirre, bajo la dirección letrada de D. Fernando Sanahuja Miralles, contra la sentencia núm. 581/2019, de 31 de octubre, dictada por la Sección 19.^a de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación núm. 100/2018, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario núm. 761/2015, del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Arenys de Mar. Ha sido parte recurrida Mapfre Caja Madrid Vida S.A. Seguros y Reaseguros S.A., representada por la procuradora D.^a Raquel Díaz Ureña y bajo la dirección letrada de D. Carlos Codina Moll.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.-La procuradora D.^a Amanda Pons Bialowas, en nombre y representación de D. Gumersindo, interpuso demanda de juicio ordinario contra Mapfre Caja Madrid Vida S.A. Seguros y Reaseguros S.A., en la que solicitaba se dictara sentencia:

«condenándola al cumplimiento efectivo de la póliza NUM000 debiendo abonar la suma de //79.233,18// euros a favor del actor, así como al pago de los intereses recogidos en el Art. 20 LCS desde la fecha del siniestro hasta su pago efectivo y a las costas procesales causadas».

2.-La demanda fue presentada el 17 de septiembre de 2015 y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Arenys de Mar, se registró con el núm. 761/2015. Una vez admitida a trámite, se emplazó a la parte demandada.

3.-La procuradora D.^a María Blanca Quintana Riera, en representación de Mapfre Caja Madrid Vida S.A. Seguros y Reaseguros S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda, con expresa condena en costas a la parte actora.

4.-Tras seguirse los trámites correspondientes, la jueza del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Arenys de Mar dictó sentencia n.º 200, de 8 de noviembre, con la siguiente parte dispositiva:

«Que debo desestimar y desestimo la demanda interpuesta por D. Gumersindo, representado por la Procuradora de los Tribunales D.^a Amanda Pons Bialowas, contra Mapfre Caja Madrid Vida Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, y, en consecuencia DEBO ABSOLVER Y ABSUELVO a Mapfre Caja Madrid Vida Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros de los pedimentos contra ella formulados.

Todo ello con imposición a la actora de las costas ocasionadas al demandante».

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia.*

1.-La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D. Gumersindo.

2.-La resolución de este recurso correspondió a la sección 19.^a de la Audiencia Provincial de Barcelona, que lo tramitó con el número de rollo 100/2018 y tras seguir los correspondientes trámites, dictó sentencia en fecha 31 de octubre de 2019, cuya parte dispositiva establece:

«Que desestimando el recurso de apelación interpuesto D. Gumersindo contra la sentencia dictada en fecha 8 de noviembre de 2017 por el Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Arenys de Mar, debemos CONFIRMAR y CONFIRMAMOS esta en su integridad, con condena en costas en esta alzada al recurrente, y ordenando la pérdida del depósito constituido para recurrir.»

TERCERO.- *Interposición y tramitación del recurso de casación*

Síguenos en...



1.-La procuradora D.^a Alejandra Mencos Vivo, en representación de D. Gumersindo, interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

«Primero.- Infracción del artículo 10 de la LCS y la doctrina de la sala en cuanto a la declaración de dolo o culpa grave del asegurado cuando no existe relación de causalidad entre las patologías no declaradas en el cuestionario de salud y las causantes de la incapacidad.

»Segundo.- En relación al motivo primero, infracción del artículo 10 de la LCS y la doctrina de la sala en cuanto a la declaración de dolo o culpa grave del asegurado cuando el asegurado no es consciente de padecer una patología relevante para la evaluación del riesgo.

»Tercero.- En relación a los motivos primero y segundo, infracción por inaplicación del artículo 7 del Código Civil y la doctrina de los actos propios de la sala, pues la aseguradora demandada alegó extrajudicialmente que habría contratado igualmente la póliza de haber conocido las inexactitudes, lo que implica culpa leve del asegurado, pero en fase judicial alegó que no habría contratado de conocerlas y que el asegurado actuó con dolo o culpa grave.

»Cuarto.- Infracción del artículo 89 de la Ley de Contrato de Seguro y la jurisprudencia de la sala sobre su interpretación. La sentencia recurrida considera que el plazo de un año desde la conclusión del contrato para la indisputabilidad de la póliza debe contarse desde que el asegurador tuvo conocimiento de la inexactitud en la declaración del riesgo y no desde la firma del contrato.

»Quinto.- En relación al motivo cuarto. Infracción del artículo 3.1 del Código Civil y la jurisprudencia de la sala sobre su interpretación. La sentencia recurrida interpreta el citado artículo 89 LCS en un sentido contrario al propio de sus palabras».

2.-Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en la Sala y personadas las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 23 de marzo de 2022, cuya parte dispositiva es como sigue:

«Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Gumersindo, contra la sentencia dictada en segunda instancia, el 31 de octubre de 2019, por la Audiencia Provincial de Barcelona, Sección 19.^a, en el rollo de apelación n.º 100/2018, dimanante del juicio ordinario n.º 761/2015, seguido ante Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 2 de Arenys de Mar».

3.-Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4.-Al no solicitarse por las partes la celebración de vista pública se señaló para votación y fallo el 28 de noviembre de 2024, en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes*

1.-El 15 de enero de 2009, D. Gumersindo suscribió un contrato de seguro de vida e invalidez, vinculado a un préstamo hipotecario, con la compañía de seguros Mapfre Caja Madrid Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante, Mapfre), con un capital asegurado de 184.277,97 €.

2.-El 10 de diciembre de 2014, le fue reconocida al Sr. Gumersindo por la Seguridad Social una incapacidad permanente absoluta al habersele diagnosticado un carcinoma de páncreas.

3.-El asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora, que únicamente le ofertó el pago de 105.044,79 €, en aplicación de la regla proporcional, por haber omitido en el cuestionario de salud que padecía dos patologías: hipertensión arterial y epilepsia.

4.-El Sr. Gumersindo interpuso una demanda contra Mapfre, en la que solicitaba que se la condenara al pago de 79.233,18 € (diferencia entre la cantidad ofertada y la suma garantizada), intereses y costas.

Síguenos en...



5.-Previa oposición de la parte demandada, el juzgado de primera instancia desestimó la demanda, al considerar que había existido mala fe en la declaración del riesgo por el asegurado, al ocultar las patologías preexistentes. Por lo que la aplicación por la aseguradora de la regla proporcional era correcta.

6.-El recurso de apelación interpuesto por el demandante fue desestimado por la Audiencia Provincial. En lo que ahora interesa, además de confirmar las consideraciones de la sentencia de primera instancia, argumentó que el plazo de un año previsto en el art. 89 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS) debía computarse desde que el asegurador tuvo noticia de las inexactitudes en la declaración del riesgo.

7.-El Sr. Gumersindo ha interpuesto un recurso de casación.

SEGUNDO.- Alteración del orden de resolución de los motivos de casación

1.-Los dos primeros motivos de casación denuncian la infracción del art. 10 LCS, sobre el deber de declaración del riesgo por el tomador del seguro, y el tercero la infracción del art. 7 CC, en relación con la doctrina de los actos propios. Los tres inciden en que las patologías no declaradas en el cuestionario de salud (hipertensión y epilepsia) no tuvieron relación de causalidad con la enfermedad causante de la incapacidad (cáncer de páncreas), por lo que no cabe considerar que el asegurado incurriera en dolo o culpa grave en su declaración del riesgo.

2.-A su vez, los motivos cuarto y quinto de casación denuncian, respectivamente, la infracción del art. 89 LCS y 3.1 CC, en cuanto a la interpretación de la denominada regla de indisputabilidad de la póliza. Y como quiera que en un seguro de vida e invalidez como el litigioso el art. 89 LCS constituye norma especial respecto del art. 10 LCS, sin perjuicio de su interrelación, se considera más adecuado analizar primera y conjuntamente los motivos cuarto y quinto.

TERCERO.- *El deber de declaración del riesgo. Calificación jurídica de las omisiones o inexactitudes*

1.-Como resume la sentencia de esta sala 621/2018, de 8 de noviembre, la jurisprudencia configura el deber de declaración del riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que, además, recaen las consecuencias que derivan de la omisión del cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto.

Asimismo, de esta jurisprudencia (sentencias 726/2016, de 12 de diciembre; 222/2017, de 5 de abril; 542/2017, de 4 de octubre; 323/2018 de 30 de mayo; 53/2019, de 24 de enero; 235/2021, de 29 de abril; y 687/2024, de 14 de mayo), se desprende que, para que exista incumplimiento del deber de declaración del riesgo por parte del tomador del seguro, deben concurrir los siguientes requisitos: (i) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; (ii) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; (iii) que el riesgo declarado sea distinto del real; (iv) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; (v) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; (vi) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

2.-En los seguros de personas, la declaración de salud no tiene que estar sujeta a una forma concreta (sentencias 157/2016, de 16 de marzo; 726/2016, de 12 de diciembre; 542/2017, de 4 de octubre; y 687/2024, de 14 de mayo). Lo determinante es el contenido material del cuestionario, pues como dice la sentencia 222/2017, de 5 de abril, lo importante es 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».

Además, para que la ocultación por el tomador de las circunstancias relativas al riesgo conlleve la liberación del asegurador, es necesario que tales circunstancias sean causa directa del siniestro o, al menos, que guarden una cierta relación causa-efecto (sentencias 600/2006, de 1 junio; 1242/2006, de 24 de noviembre; 1052/2007, de 17 octubre; y 912/2023, de 6 de junio).

Síguenos en...



3.-Para que la aseguradora quede liberada no sólo ha de concurrir dolo o culpa grave en las respuestas al cuestionario, sino que precisamente el dato o antecedente ocultado debe estar causalmente conectado con el riesgo cubierto (sentencia 345/2020, de 23 de junio). Por ello, las sentencias 839/2021, de 2 de diciembre, y 235/2021, de 29 de abril, descartaron la existencia de dolo o culpa grave cuando las patologías no declaradas no tuvieran relación causal con la enfermedad que provocó el siniestro objeto de cobertura.

De manera más concluyente, la sentencia 912/2023, de 6 de junio, declaró:

«[n]o existe relación alguna entre las preguntas del cuestionario/patologías previas y la enfermedad que provocó el fallecimiento del asegurado. Y, además, que el razonamiento de la recurrente afirmando que de haber conocido el cuadro conjunto de enfermedades que padecía el asegurado jamás hubiera perfeccionado el contrato de seguro, por conllevar una altísima morbo-mortalidad asociada, creando un riesgo sencillamente inasegurable por cualquier compañía, incurre en el defecto argumental de la petición de principio, al apoyar la conclusión (que jamás hubiera perfeccionado el contrato de seguro) en premisas que se dan por sentadas sin previa demostración (que los datos de salud que silenció el tomador del seguro configuraban un cuadro conjunto de enfermedades que conllevaba una altísima morbo-mortalidad asociada, y que ello creaba un riesgo inasegurable por cualquier compañía).

»En definitiva, en el caso no cabe apreciar, conforme a lo exigido por nuestra doctrina, que los datos de salud silenciados estuvieran causalmente relacionados con el siniestro. Y tampoco, que tuvieran la relevancia determinante para la valoración del riesgo que afirma la recurrente. Las pruebas han descartado lo primero. Y lo segundo no se puede establecer, simplemente, porque ella lo diga. Requiere de una prueba fiable y convincentemente demostrativa conforme a los criterios operativos y de explotación aplicados en el ramo de seguro correspondiente por la técnica aseguradora».

4.-En este caso no se discute que el tomador del seguro no declaró que padecía dos enfermedades (hipertensión y epilepsia), pero tales dolencias no tuvieron relación causal con el padecimiento que definitivamente dio lugar a su declaración de incapacidad y constituyó el siniestro objeto de la póliza. Por lo que deberemos examinar qué consecuencias tiene eso respecto de la indemnización solicitada.

CUARTO.- La cláusula de indisputabilidad o incontestabilidad del *art. 89 LCS . Día inicial del cómputo del plazo*

1.-Sobre la base general expuesta en el fundamento jurídico anterior, en relación con el deber de declaración del riesgo, en el seguro de vida se establecen unas reglas especiales, en particular la que se conoce como cláusula de indisputabilidad, formulada en el art. 89 LCS, que establece:

«En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo».

En palabras de la sentencia 635/2007, de 11 de junio:

«Las cláusulas de incontestabilidad o inimpugnabilidad del contrato de seguro de vida tienen por objeto dotar de certeza jurídica al tomador del seguro acerca de que la póliza de seguro de vida no va a ser objeto de impugnación a consecuencia de una declaración inexacta o errónea y es acorde con el carácter de seguros de suma que los de vida tienen. La doctrina ha mantenido que el plazo establecido es un plazo de caducidad en beneficio del tomador del seguro mediante el cual se acortan los plazos legales de prescripción de la acción de nulidad o rescisión del contrato por diferencias o inexactitudes en la declaración del riesgo».

2.-La cláusula de indisputabilidad está configurada legalmente como una especialidad de los seguros de vida y constituye una excepción a la facultad que el art. 10.II LCS confiere al asegurador para rescindir unilateralmente el contrato en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud en la declaración del riesgo. En los seguros de vida esa facultad expira al año desde la celebración del contrato, aunque el asegurador no tenga

Síguenos en...



conocimiento de tales ocultaciones o retenciones. Es decir, la especialidad de esta previsión legal es que una vez transcurrido el plazo del año (o el más breve que se pacte en el contrato) el asegurador carece de la facultad rescisoria, aunque se haya producido una declaración inexacta del riesgo, siempre y cuando no haya sido dolosa. Momento a partir del cual el contrato de seguro de vida deviene irrevocable.

La sentencia 945/1989, de 15 de diciembre, de manera incidental, parece que consideró que el plazo de un año se cuenta desde que el asegurador tuvo conocimiento de la inexactitud de la declaración, pero dicho pronunciamiento, aparte de que no fue la razón decisoria del fallo, puesto que se calificó la ocultación como dolosa, no ha sido ratificado por ninguna otra sentencia de la sala.

Al contrario, dados los términos literales del precepto («desde la fecha de su conclusión»), debe considerarse que el plazo de un año ha de computarse desde la fecha de perfección del contrato, conforme a los arts. 5 y 6 de la propia LCS en relación con el art. 1262-I CC, es decir, desde que las partes prestan su consentimiento y firman la póliza.

3.-Una vez transcurrido el plazo legal o pactado, el asegurador no puede rescindir el contrato ni aplicar la regla de equidad. Así lo mantuvo la sentencia 787/1996, de 30 de septiembre, que declaró haber lugar al recurso de casación contra la sentencia que aplicaba la reducción proporcional y condenó al pago de la prestación íntegra. Esta postura fue ratificada por la ya citada sentencia 635/2007, de 11 de junio, con los siguientes argumentos:

«1) El artículo 89 LCS, cuando se refiere a la facultad del asegurador de «impugnar el contrato», no solamente engloba en su literalidad la facultad de «rescindir el contrato» a que se refiere el artículo 10 II LCS, sino también la de reducir proporcionalmente la prestación, porque en otro caso se hubiera empleado expresamente una expresión que hiciera referencia directa a la rescisión.

»2) Por impugnación del contrato debe entenderse no solamente el ejercicio de aquellas facultades encaminadas a dejarlo sin efecto mediante el ejercicio de acciones de nulidad o de rescisión, sino también aquellas que tienen por objeto reducir las prestaciones previstas en el mismo, es decir, aquellas mediante las cuales se persigue dejarlo parcialmente sin efecto en virtud de causas que abren el camino a su nulidad o rescisión parcial.

»3) La facultad de reducción profesional que establece el artículo 10 III LCS se presenta en este precepto como estrechamente ligada a la de rescindir el contrato que se reconoce en el artículo 10 II LCS, pues aquella facultad se concede para el caso de que el siniestro sobrevenga antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.

»4) La finalidad de certeza o seguridad jurídica que persigue el artículo 89 LCS no se lograría en el supuesto de que la aseguradora, transcurrido el plazo de caducidad fijado en el expresado precepto para la impugnación, pudiera dejar sustancialmente sin efecto el contrato invocando la omisión negligente en la declaración de un riesgo que pudiera determinar una reducción sustancial (que podría llegar a ser prácticamente total) de la prima convenida».

4.-En consecuencia, una vez transcurrido un año desde la perfección del contrato, el asegurador no podía aplicar el art. 10 LCS para disminuir la prestación, al resultar aplicable la regla de indisputabilidad del art. 89 LCS, puesto que al no existir relación de causalidad entre las omisiones o inexactitudes del cuestionario de salud y la enfermedad en que se materializó el riesgo, se trataba de una falta de diligencia leve, en absoluto constitutiva de dolo, y ya habían transcurrido cinco años desde que se perfeccionó el contrato.

5.-En su virtud, los motivos cuarto y quinto de casación deben ser estimados y sin necesidad de examinar los demás motivos de casación, la sentencia recurrida debe ser casada y anulada.

QUINTO.- *Consecuencias de la estimación del recurso de casación. Asunción de la instancia*

1.-La estimación del recurso de casación implica que, por los mismos argumentos jurídicos, estimemos también el recurso de apelación y revoquemos la sentencia de primera instancia, a fin de estimar íntegramente la demanda.

2.-Dicha estimación de la demanda incluye también la condena al pago de los intereses del art. 20 LCS, puesto que la alegación de las enfermedades previas no declaradas no puede tener

virtualidad a estos efectos si no tuvieron incidencia causal en el siniestro (la enfermedad que dio lugar a la declaración de incapacidad).

La jurisprudencia reiterada de la sala realiza una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración del deber de indemnizar, al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (sentencias 743/2012, de 4 de diciembre; 206/2016, de 5 de abril; 514/2016, de 21 de julio; 456/2016, de 5 de julio; 36/2017, de 20 de enero; 73/2017, de 8 de febrero; 26/2018, de 18 de enero; 56/2019, de 25 de enero; 556/2019, de 22 de octubre; 419/2020, de 13 de julio; y 234/2021, de 29 de abril). La mera circunstancia de judicializarse la reclamación, ante la negativa de la aseguradora de hacerse cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del art. 20 de la LCS, pues en tal caso su juego normativo quedaría desvirtuado y su aplicación subordinada a la oposición de las compañías de seguro.

SEXTO.- Costas y depósitos

1.-La estimación del recurso de casación conlleva que no proceda hacer expresa imposición de las costas causadas por el mismo, según establece el art. 398.2 LEC.

2.-A su vez, la estimación del recurso de casación supone la estimación del recurso de apelación interpuesto por el demandante, por lo que tampoco procede hacer expresa imposición de las costas de ese recurso, conforme al art. 398.2 LEC.

3.-Igualmente, la estimación del recurso de apelación comporta la estimación íntegra de la demanda, por lo que deben imponerse las costas de primera instancia a la parte demandada, en aplicación del art. 394.1 LEC.

4.-Asimismo, procede ordenar la devolución del depósito constituido para los recursos de apelación y de casación, de conformidad con la disposición adicional 15ª, apartado 8, LOPJ.

F A L L O

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

:

1.º-Estimar el recurso de casación interpuesto por D. Gumersindo contra la sentencia núm. 581/2019, de 31 de octubre, dictada por la Sección 19ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación núm. 100/2018, que casamos y anulamos.

2.º-Estimar el recurso de apelación interpuesto por D. Gumersindo contra la sentencia núm. 200/2017, de 8 de noviembre, dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Arenys de Mar, en el juicio ordinario núm. 761/2015, que revocamos.

3.º-Estimar la demanda formulada por D. Gumersindo contra Mapfre Caja Madrid Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, a la que condenamos a indemnizar al demandante en la suma de 79.233,18 euros, más los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro (10 de diciembre de 2014).

4.º-No hacer expresa imposición de las costas causadas por los recursos de casación y de apelación.

5.º-Imponer a la demandada las costas de la primera instancia.

6.º-Ordenar la devolución de los depósitos constituidos para los recursos de casación y de apelación.

Líbrense 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.

Síguenos en...



El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ).

Síguenos en...

