



www.civil-mercantil.com

AUDIENCIA PROVINCIAL DE CUENCA

Sentencia 8/2016, de 2 de febrero de 2016

Sección 1.ª

Rec. n.º 170/2015

SUMARIO:

Contrato de seguro. Seguro de vida. Cuestionario de salud. Legitimación procesal para solicitar el cumplimiento del contrato de seguro. En la práctica de los préstamos hipotecarios su concesión por los Bancos se condiciona a que los prestatarios (en este caso los cónyuges) concierten un seguro de vida. El cónyuge viudo beneficiario tiene acción para instar el cumplimiento de la prestación del seguro de vida aún cuando exista una entidad que sea beneficiaria en primer término. En los contratos de seguro de vida, la declaración inexacta del tomador del seguro o asegurado en el cuestionario de valoración de riesgo que se le presente antes de la conclusión del contrato, solo dará lugar a la liberación del asegurador cuando esa inexactitud se deba a dolo o culpa grave del tomador del seguro y por consiguiente la ausencia de mala fe o la conducta negligente del tomador sobre tales extremos, que no sea calificable de grave no libera al asegurador de su deber de prestación y la concurrencia de dolo o culpa grave del asegurado en la declaración del riesgo es un elemento cuya prueba corresponde al asegurador. Se señala que el asegurado quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario de salud, debiendo equipararse a la inexistencia del cuestionario aquellos supuestos en que este lo rellena el propio agente de seguro y el asegurado se limita a firmar. Si en el caso en que el asegurador llega a tener conocimiento de la declaración inexacta del tomador del seguro después de la firma del contrato, y no opta por su resolución en el plazo legal, se entiende que ha considerado irrelevante la declaración inexacta y, por lo tanto, caso de producirse el siniestro, no puede liberarse de la obligación de pago de la indemnización alegando dolo o culpa grave en el tomador del seguro al realizar la declaración de salud, con mayor motivo en el caso en que el asegurador es consciente de esta inexactitud al recabar la declaración de salud.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), arts. 1, 10, 16, 20, 88.1 y 89.

Código Civil, arts. 7.1, 1.255 y 1.258.

PONENTE:

Don José María Escribano Laclériga.

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 1

CUENCA

SENTENCIA: 00008/2016



www.civil-mercantil.com

AUDIENCIA PROVINCIAL

CUENCA

Apelación Civil Rollo nº 170/2015

PROCEDIMIENTO ORDINARIO nº 458/2013

Juzgado de 1ª Instancia nº 4 de CUENCA

SENTENCIA

Ilmos. Sres.:

Presidente:

Don José Eduardo Martínez Mediavilla

Magistrados:

Don José María Escribano Laclériga
Doña Victoria Orea Albares

En la ciudad de Cuenca, a 2 de febrero de 2.016.

Vistos ante esta Audiencia Provincial, en trámite de recurso de apelación, los autos de PROCEDIMIENTO ORDINARIO nº 458/2013 seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 4 de los de CUENCA y su Partido a instancia de DOÑA Violeta , representada por la Procuradora de los Tribunales DOÑA SONIA MARTORELL RODRIGUEZ y asistida por el Letrado D. JUAN BARRERA MONTERO contra RURAL VIDA S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS representada por la Procuradora DOÑA MARÍA JESÚS PORRES MORAL y asistida por el Letrado D. MIGUEL SANCHEZ DE LAS MATAS; en virtud de recurso de apelación interpuesto por la Procuradora DOÑA MARÍA JESÚS PORRES MORAL, representación procesal de RURAL VIDA S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS , recurso contra el que se formuló oposición por la Procuradora DOÑA SONIA MARTORELL RODRIGUEZ, representación procesal de DOÑA Violeta , todo ello contra la sentencia dictada en primera instancia de fecha 24 de MARZO de 2.015 , actuando como Ponente el Ilmo. Sr. D. José María Escribano Laclériga quién expresa el parecer de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

En los autos indicados al margen, por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 4 de los de CUENCA y su Partido se dictó sentencia de fecha 24 de MARZO de 2.015, cuyo Fallo es del siguiente tenor literal:



www.civil-mercantil.com

"SE ESTIMA la demanda interpuesta por la Procuradora Sra. Martorell Rodriguez , en representación de DOÑA Violeta contra RURAL VIDA S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS. Se condena a la referida demandada al pago de la cantidad de 25.000 euros más los intereses del Art.20 de la L. C. S . desde la fecha del fallecimiento de Jeronimo . Se imponen las costas a la parte demandada".

Segundo.

DOÑA MARÍA JESÚS PORRES MORAL, Procuradora de los Tribunales y de RURAL VIDA S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS , preparó e interpuso recurso de apelación por medio de escrito en el que, tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que estimó pertinentes, interesó de la Sala que se revocara la Sentencia recurrida y se acuerde desestimar la demandada y por DOÑA SONIA MARTORELL RODRIGUEZ Procuradora de los Tribunales y de de DOÑA Violeta , se formuló oposición al recurso de apelación , en escrito de oposición ,en el que tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que tuvo por conveniente concluyó suplicando a la Sala que confirmara la Sentencia en todos pronunciamientos.

Tercero.

Recibidas las actuaciones en esta Audiencia Provincial, se procedió a formar el correspondiente Rollo de apelación, asignándole el número 170/2015, se turnó ponencia que recayó en el Magistrado Ilmo. Sr. D. José María Escribano Laclériga y se señaló para deliberación, votación y fallo el día 24 de Noviembre de 2.015.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Se aceptan los razonamientos jurídicos de la sentencia que se revisa en estos trámites.

Primero.

La parte actora alega que D. Jeronimo contrató con la entidad RURAL VIDA S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS dos contratos de seguro de vida con nº de póliza NUM000 y NUM001 por importe de 18.000 euros y 7.000 euros respectivamente que cubrían como riesgo el fallecimiento, tal y como se desprende de los certificados emitidos por la entidad demandada, constando como beneficiarios GLOBALCAJA y en cuanto el exceso por orden de prelación en primer lugar el cónyuge, D. Jeronimo falleció en VILLANUEVA DE LA JARA en fecha 9 de 2.012, hallándose separado de la actora DOÑA Violeta , tal como se desprende del certificado de defunción y de matrimonio. La actora ha solicitado las copias de las pólizas a la entidad demandada para, previo abono del capital asegurado, hacer frente a diversos pagos y entre ellos el debido a la entidad GLOBALCAJA, sin embargo la entidad demandada se niega a entregar la documentación y a abonar el capital asegurado. La entidad GLOBALCAJA certifica la deuda y manifiesta estar pendiente de que la compañía le envíe la documentación, habiendo sido requerida la entidad demandada en numerosas ocasiones para que abone el capital asegurado y en consecuencia la actora, como beneficiaria de los contratos de seguro, reclama a la entidad demandad el importe de 25.000 euros que constituyen el capital asegurado.

Segundo.

La parte demandada se opone a las pretensiones de la actora y opone la excepción de falta de legitimación activa al entender que el beneficiario de la póliza es GLOBALCAJA y la



www.civil-mercantil.com

demandante carece de legitimación para reclamar el abono de las sumas garantizadas y alega el Art. 88-1 de la Ley de Contrato de Seguro que dispone que la prestación del asegurador deberá ser entregada al beneficiario, en cumplimiento del contrato, aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador del seguro. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al beneficiario el reembolso del importe de las primas abonadas por el contratante en fraude de sus derechos y se opone en segundo lugar porque la demandante no aporta las pólizas sino certificados y que la declaración del estado de salud del asegurado no es verdadera y que padecía enfermedades que le fueron ocultadas a la entidad aseguradora. La Sentencia de instancia desestima la excepción de falta de legitimación activa en el sentido de que el cónyuge viudo beneficiario tiene acción para instar el cumplimiento de la prestación aún cuando exista una entidad que sea beneficiaria en primer término y estima la demanda en su integridad atendiendo a lo que establece el Art. 1 de la L. C. S. al disponer que el contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital una renta u otras prestaciones convenidas y el Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro dispone que "El tomador del seguro tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber 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.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación".

La Sentencia de instancia estima que la declaración inexacta del tomador del seguro o asegurado sólo dará lugar a la liberación del asegurador cuando esa inexactitud se deba a dolo o culpa grave del tomador del seguro y por consiguiente la ausencia de mala fe o la conducta negligente del tomador sobre tales extremos, que no sea calificable de grave no libera al asegurador de su deber de prestación y la concurrencia de dolo o culpa grave del asegurado en la declaración del riesgo es un elemento cuya prueba corresponde al asegurador que en el caso que nos ocupa no ha justificado por lo que estima en su integridad la demanda. Según la Sentencia de instancia en el caso que nos ocupa la aseguradora no cumplió con su obligación de prestación en forma del cuestionario de salud, al ser tales cuestionarios rellenados por empleados de la compañía de seguro limitándose el tomador a poner su firma lo que es equivalente a la no presentación del cuestionario. Por último desestima la oposición de la demandada relativa a la concurrencia de causa excluyente de la cobertura por existencia de enfermedades o dolencias preexistentes y en el presente caso el clausulado de condiciones generales no aparece suscrito ni consta que se le diera ejemplar alguno a la parte siendo necesario que la cláusula haya sido específicamente conocida y aceptada por el asegurado.



www.civil-mercantil.com

Tercero.

La parte recurrente alega como primer motivo del recurso que debería haberse estimado la falta de legitimación activa ya que la parte demandante carece de legitimación para reclamar. La Sentencia de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Valencia de fecha 24 de febrero de 2.012 señala que la falta de legitimación activa causal lo que contempla es la relación sustantiva del demandante con el derecho ejercitado y su posible ausencia de vinculación con el negocio jurídico o derecho material que constituye el objeto del proceso dando lugar a lo que se conoce como falta de legitimación "ad causam" o de la condición de parte procesal legítima identificada con la misma cuestión de fondo suscitada y cuya estimación por inexistencia de acción implica la resolución definitiva de la cuestión litigiosa". La Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 30 de noviembre de 2001 señala que " Un mínimo conocimiento de la realidad social, a la que esta Sala no puede ni debe permanecer ajena demuestra que en la práctica de los préstamos hipotecarios su concesión por los Bancos se condiciona a que los prestatarios concierten un seguro de vida o de amortización que refuerza notablemente la garantía; y además, que si el prestatario no concierta el seguro con la compañía que libremente elija, el propio Banco se ofrece a gestionarlo con una compañía a la que está negocial o societariamente vinculado, de suerte que a su interés en la garantía frecuentemente aparece unido el de aumentar el volumen de negocios común de ambas entidades mediante la concertación de seguros y el pago de primas por los prestatarios. De ahí que, aun cuando en el caso examinado no se haya acreditado que Banco y compañía de seguros pertenecieran a un mismo grupo de sociedades, no sea posible desconocer la evidencia de la conexión entre ambos que se desprende de la propia fórmula escogida, un "Seguro colectivo de vida para amortización de préstamos hipotecarios" en que el Banco prestamista era no sólo tomador sino también primer beneficiario, de suerte que en este caso el hecho probado de que el Banco se encargó de asegurar a los dos cónyuges prestatarios, y no solamente a la esposa, supera la categoría de hecho a respetar en casación, conforme a la antedicha doctrina jurisprudencial, para alcanzar el grado de único hecho verosímil a tenor de lo debatido y probado en el proceso".

El supuesto que nos ocupa es semejante al analizado por el Tribunal Supremo que señala a continuación que "Del nuevo camino emprendido en casación por el Banco recurrente mediante este motivo resultaría una tesis difícilmente compaginable con los principios contractuales de la buena fe y el respeto a la moral (arts. 7.1 , 1255 y 1258 CC), porque con carácter general, o dentro de lo que se supone debe ser normal en este tipo de relaciones contractuales, no parece jurídicamente explicable que, producida la muerte o invalidez del prestatario asegurado, el mismo Banco que en su momento condicionó la concesión del préstamo a la concertación del seguro, que contrató el seguro colectivo como tomador y se designó a sí mismo como primer beneficiario para el caso de muerte o invalidez, pueda luego optar libremente por exigir el pago del capital pendiente ya al cónyuge viudo o al propio inválido, ya a la compañía de seguros, opción tanto menos justificable cuanto mayor sea la vinculación empresarial entre Banco y aseguradora, que si en este caso no está probado se diera al iniciarse el proceso, curiosamente ha acabado dándose por pertenecer la aseguradora al mismo grupo empresarial en el que posteriormente acabaría integrándose el Banco. Resulta de esta forma que en este contexto no es el banco el que tiene en ocasiones un interés en exigir a la aseguradora el pago del importe de la indemnización porque continúa recibiendo del invalido o de sus familiares el importe de las cuotas del préstamo concertado, siendo éstos quienes, como aquí ocurre, son los perjudicados por esa falta de exigencia del pago de la indemnización que le exoneraría de continuar abonando esas cuotas del préstamo al haberse producido la contingencia aseguradora, no es en definitiva tercero ajeno y sí perjudicado,



www.civil-mercantil.com

además de tomador del seguro y asegurado, sino se exige por la entidad bancaria en su condición de beneficiaria la prestación al asegurador". En el supuesto que nos ocupa la entidad GLOBALCAJA concede un préstamo a Jeronimo y actúa como intermediario de la entidad demandada, figurando como primer beneficiario en la póliza, pero al existir una vinculación entre el préstamo y el contrato de seguro de vida es evidente que no puede cuestionarse la legitimación activa de la actora y así se han pronunciado la Sentencia de 30 de octubre de 2.008 de la Sección 10ª de la Audiencia Provincial de Madrid o la Sentencia de la Sección 17 de la Audiencia Provincial de Barcelona de 28 de marzo de 2.011 .

Cuarto.

El segundo motivo del recurso es la infracción de lo establecido en los artículos 10 y 89 de la L. C. S . La Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante, Sección 7ª de fecha 25 de noviembre de 2.003 señala que debe equipararse a la inexistencia del cuestionario aquellos supuestos en que éste lo rellena el propio agente de seguro y el asegurado se limita a firmar. El T.S. en sentencia de fecha 31/05/97 señala que "...deben equipararse a la inexistencia del cuestionario aquellos supuestos en los que éste lo rellena el propio agente de seguro y el asegurado se limita a firmar toda documentación" y añade que "El deber impuesto al tomador del seguro de contestar verazmente al cuestionario que se le someta, declarando todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo (artículo 10 de la Ley 50/1980), exige, a su vez, que por el asegurador se haya presentado a aquél el correspondiente cuestionario; declarado por la sentencia recurrida que la agente de la aseguradora recurrente fue quien relleno el cuestionario que el tomador del seguro se limitó a firmar, ello equivale a una falta de presentación del cuestionario cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado y si, en todo caso, sobre la agente de la asegurada" El supuesto que nos ocupa es semejante al señalado por el T. S., ya que el cuestionario de salud es relleno por un empleado de la entidad aseguradora y el asegurado se limita a firmar. En el mismo sentido la Sentencia del T. S. de 31 de diciembre de 2.003 .

Quinto.

El tercer motivo del recurso es la infracción del Artículo 16 de la L. C. S . y tal precepto en su párrafo tercero establece que "El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave". Corresponde a la entidad aseguradora acreditar la mala fe del tomador del seguro y en el caso que nos ocupa los cuestionarios de salud presentados como documentos nº 4 y nº 5 de la contestación a la demanda no fueron rellenos por el tomador del seguro. La Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Primera de 2 de diciembre de 2.014 dice que "Para que pueda operar esta previsión legal, en atención a su ubicación sistemática, es necesario que concurren dos requisitos: i) que el siniestro se haya producido antes de que el asegurador haya hecho la declaración de denuncia del contrato en la forma prevista en el párrafo segundo del art. 10 LCS; y ii) la actitud de dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro al tiempo de realizar la declaración de salud, que según la jurisprudencia se corresponde con «una reticencia en la omisión de hechos, incluyentes y determinantes para la conclusión del contrato. En este caso, no sólo no habría dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro, como hemos argumentado antes, sino que ni siquiera se cumpliría el primer requisito. Si en el caso en que el asegurador llega a tener conocimiento de la declaración inexacta del tomador del seguro después de la firma del



www.civil-mercantil.com

contrato, y no opta por su resolución en el plazo legal, se entiende que ha considerado irrelevante la declaración inexacta y, por lo tanto, caso de producirse el siniestro, no puede liberarse de la obligación de pago de la indemnización alegando dolo o culpa grave en el tomador del seguro al realizar la declaración de salud, con mayor motivo en el caso en que el asegurador es consciente de esta inexactitud al recabar la declaración de salud y, por lo tanto, antes de la celebración del contrato. Esta conclusión se enmarca en las consideraciones más generales que, sobre la conducta del asegurador, hacíamos en la Sentencia 479/2008, de 3 de junio : «esta Sala declara, en general, la relevancia de la conducta de la aseguradora durante la vida del contrato cuando sea reveladora de que determinadas omisiones del asegurado son en realidad irrelevantes. El deber de buena fe que informa el art. 10 LCS -cuando impone al tomador un deber de respuesta sin reservas ni inexactitudes- tiene como contrapartida que el asegurador asume el riesgo cuando, antes de contratar, no ha pedido un mayor detalle sobre circunstancias que considere relevantes (STS 21 de febrero de 2003 (LA LEY 11245/2003), rec. 1868/97). Especialmente, la jurisprudencia tiene en cuenta en los seguros de crédito, con el fin de valorar la trascendencia de las inexactitudes que puedan haberse cometido en la declaración, las posibilidades de la aseguradora de completar su información acerca de los clientes declarados y, en general, la conducta de la aseguradora durante la vida del contrato en relación con el estudio y clasificación de determinados clientes" En el caso que nos ocupa es evidente que la entidad demandada no ha acreditado la mala fe , dolo o culpa grave del asegurado y por otra parte al no haber optado por la resolución ya que si el asegurador llega a tener conocimiento de la declaración inexacta del tomador del seguro después de la firma del contrato, y no opta por su resolución en el plazo legal, se entiende que ha considerado irrelevante la declaración inexacta y, por lo tanto, caso de producirse el siniestro, no puede liberarse de la obligación de pago de la indemnización alegando dolo o culpa grave en el tomador del seguro al realizar la declaración de salud y en consecuencia procede desestimar el tercer motivo del recurso.

Sexto.

La desestimación del recurso lleva aparejada según el Art. 397 en relación con el Art. 394 ambos de la L. E. C . la imposición de las costas de la presente alzada a la parte apelante. De conformidad con la Disposición Adicional 15ª de la L. O. P. J . se acuerda la pérdida de la cantidad que la parte recurrente depositó para apelar a la que se dará el destino legal

FALLAMOS

QUE DEBEMOS DESESTIMAR Y DESESTIMAMOS el RECURSO DE APELACIÓN formulado por la representación procesal de RURAL VIDA S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS contra la Sentencia de 24 de MARZO de 2.015 del Juzgado de Primera Instancia nº 4 de CUENCA en el PROCEDIMIENTO ORDINARIO 458/2013 del que dimana el ROLLO DE APELACIÓN Nº 170/15 y en consecuencia declaramos que DEBEMOS CONFIRMAR Y CONFIRMAMOS LA RESOLUCIÓN RECURRIDA . Se imponen las costas de la presente alzada a la parte apelante. Se acuerda la pérdida de la cantidad que la parte recurrente depositó para apelar a la que se dará el destino legal.

CONTRA ESTA RESOLUCIÓN CABE RECURSO DE CASACIÓN por razón de interés casacional y de infracción procesal , que se presentará en el plazo de 20 días contados desde el siguiente a la notificación de la presente resolución , ante esta AUDIENCIA PROVINCIAL .

Así por esta nuestra sentencia lo pronunciamos, mandamos y firmamos.



www.civil-mercantil.com

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.