

**BASE DE DATOS DE Norma DEF.-**

Referencia: NCJ063700

**TRIBUNAL SUPREMO**

Sentencia 563/2018, de 10 de octubre de 2018

Sala de lo Civil

Rec. n.º 3158/2015

**SUMARIO:**

**Seguro de vida vinculado a préstamo hipotecario. Cobertura de invalidez permanente absoluta. Cuestionario de salud. Infracción del deber de declaración del riesgo.** El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra su compañía de seguros tras habersele reconocido una invalidez permanente absoluta que se encontraba cubierta por el seguro de vida e invalidez concertado. El seguro estaba vinculado a un préstamo hipotecario, y a su firma precedió la cumplimentación de un cuestionario de salud. El préstamo fue ampliado y el seguro renovado con posterioridad previa realización de un segundo cuestionario de salud, con la consiguiente actualización del capital asegurado. La reclamación del asegurado fue estimada en primera instancia y desestimada en apelación por considerarse que había infringido su deber de declaración del riesgo al cumplimentar el segundo cuestionario ocultando dolosamente enfermedades preexistentes y causalmente vinculadas con la invalidez luego reconocida. El deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS consiste en un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que recaen las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto, ambiguo o genérico. El cuestionario de salud no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia. En el presente caso, con anterioridad a la realización del segundo cuestionario de salud, diagnosticaron al demandante pancreatitis crónica, que finalmente fue la causa de su incapacidad. Cuando el asegurado fue expresamente preguntado en dicho cuestionario sobre si le habían recomendado hospitalizarse y sobre si había recibido tratamiento, respondió que no, indicó niveles de tensión arterial que comúnmente se consideran dentro de la normalidad y contestó afirmativamente a la pregunta sobre si consideraba que su salud era buena. En estas circunstancias, por más que el cuestionario no contuviera ninguna pregunta específica sobre problemas en el páncreas, ha de entenderse, dada la gravedad de los que padecía el recurrente y sus consiguientes complicaciones (diabetes e hipertensión), que las que sí se le formularon eran más que suficientes para que el hoy recurrente pudiera vincular esos graves antecedentes médicos con la enfermedad finalmente causante del siniestro. En definitiva, se demuestra el dolo del asegurado cuando a todas las preguntas de un cuestionario responde siempre precisamente en el sentido de no tener problema alguno de salud.

**PRECEPTOS:**

Ley 50/1980 (LCS), arts. 10 y 20.

**PONENTE:***Don Francisco Marín Castán.*

Magistrados:

Don FRANCISCO MARIN CASTAN  
Don IGNACIO SANCHO GARGALLO  
Don FRANCISCO JAVIER ORDUÑA MORENO  
Don RAFAEL SARAZA JIMENA  
Don PEDRO JOSE VELA TORRES

**TRIBUNAL SUPREMO**

Sala de lo Civil



Sentencia núm. 563/2018

Fecha de sentencia: 10/10/2018

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 3158/2015

Fallo/Acuerto:

Fecha de Votación y Fallo: 03/10/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

Procedencia: Audiencia Provincial de Ciudad Real, sección 1.ª

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

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 3158/2015

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

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

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 563/2018

Excmos. Sres.

D. Francisco Marin Castan, presidente

D. Ignacio Sancho Gargallo

D. Francisco Javier Orduña Moreno

D. Rafael Saraza Jimena

D. Pedro Jose Vela Torres

En Madrid, a 10 de octubre de 2018.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Elias, representado de oficio por la procuradora D.ª Gemma Gómez Córdoba bajo la dirección letrada de D.ª Sandra Barrigas Núñez, contra la sentencia dictada el 12 de mayo de 2015 por la sección 1.ª de la Audiencia Provincial de Ciudad Real en el recurso de apelación n.º 8/2015, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 22/2013 del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Ciudad Real sobre indemnización por seguro de vida con cobertura de incapacidad. Ha sido parte recurrida la aseguradora demandada Unicorp Vida, Cía. de Seguros y Reaseguros S.A., representada por la procuradora D.ª María Luisa Santamaría Caballero bajo la dirección letrada de D. José Luis García Oteo.

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



## ANTECEDENTES DE HECHO

### Primero.

El 21 de diciembre de 2012 se presentó demanda interpuesta por D. Elias contra Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., solicitando se dictara sentencia con los siguientes pronunciamientos:

«1) Que se condene a UNICORP VIDA a poner a disposición de UNICAJA como beneficiaria del seguro, el capital que a la fecha del juicio quedara pendiente de amortizar o, subsidiariamente, la cantidad de 67.343,52 € como saldo pendiente al 14 de septiembre de 2012.

»2) Que se condene a la demandada al pago a favor de mi principal del exceso resultante del anterior pronunciamiento hasta los 77.000 € o, subsidiariamente, al pago de 9.656,48 € como exceso resultante al mes de septiembre de 2012.

»3) Que se condene igualmente a la demandada a reintegrar a mi representado las cuotas mensuales que ha venido pagando desde el mes de noviembre de 2011 hasta la fecha del juicio, o, subsidiariamente, al pago de 4.013,24 € como cantidad amortizada hasta el mes de septiembre de 2012.

»4) Al pago del interés legal del art. 20 de la Ley del Contrato de Seguros desde la fecha del siniestro, esto es, desde el 7 de noviembre de 2011.

»5) Al pago de las costas».

### Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Ciudad Real, dando lugar a las actuaciones n.º 22/2013 de juicio ordinario, y emplazada la demandada, esta compareció y contestó a la demanda solicitando su íntegra desestimación con imposición de costas al demandante.

### Tercero.

Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, el magistrado- juez del mencionado juzgado, dictó sentencia el 17 de octubre de 2014 con el siguiente fallo:

«Que estimando la demanda formulada por la Procuradora Señora Mohíno Roldán, en nombre y representación de Don Elias frente a la entidad aseguradora UNICORP VIDA, SA, representada por la Procuradora Sra. Lozano Adame, debo condenar y condeno a la citada demandada:

»1. A abonar a UNICAJA el capital que a la fecha de pago efectivo por UNICORP VIDA, SA quede pendiente de amortizar del préstamo hipotecario suscrito por Don Elias, núm. NUM000.

»2. A abonar al Sr. Elias las cuotas mensuales amortizadas por capital e intereses por dicho préstamo desde el 7 de noviembre de 2011 hasta el momento del pago al que se refiere el apartado anterior, hasta, en su caso, el capital asegurado de 77.000 euros, sumadas las cantidades a que se refiere el apartado anterior.

»3. A abonar al Sr. Elias, la cantidad resultante de restar al capital asegurado, 77.000 euros, las dos cantidades anteriores.

»Las cantidades que resulten a favor del Sr. Elias devengarán el interés legal incrementado en un 50 % desde el 7 de noviembre de 2011 hasta el 7 de noviembre de 2013, y el interés del 20% desde esa última fecha hasta su completo pago.

»Y todo ello, con expresa condena en costas la demandada».

### Cuarto.

Interpuesto por la demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso el demandante y que se tramitó con el n.º 8/2015 de la sección 1.ª de la Audiencia Provincial de Ciudad Real, esta dictó sentencia el 12 de mayo de 2015 con el siguiente fallo:



«Que estimando el recurso de apelación interpuesto por la Procuradora D<sup>a</sup>. Concepción Lozano Adarme, en nombre y representación de Unicorp Vida S.A., contra la sentencia nº 191/14, de 17 de octubre, dictada en el Juzgado nº 2 de Ciudad Real, procedimiento ordinario nº 22/13, debemos revocar íntegramente dicha resolución, acordando desestimar la demanda, absolviendo a la demandada de los pedimentos de la demanda, con condena en las costas de primera instancia al demandante; no se hace especial declaración en cuanto al pago de las costas causadas en esta alzada. Y la pérdida del depósito constituido».

#### **Quinto.**

Contra la sentencia de segunda instancia el demandante-apelado interpuso recurso de casación al amparo del ordinal 3.º del art. 477.2 LEC, integrado por un solo motivo con el siguiente encabezamiento:

«PRIMERO. Infracción o error al interpretar el artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro».

#### **Sexto.**

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de las procuradoras mencionadas en el encabezamiento, el recurso fue admitido por auto de 14 de febrero de 2018, a continuación de lo cual la demandada-recorrida presentó escrito de oposición solicitando la íntegra desestimación del recurso con expresa condena en costas del recurrente.

#### **Séptimo.**

Por providencia de 14 de septiembre 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 3 de octubre siguiente, en que ha tenido lugar.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

#### **Primero.**

El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra su compañía de seguros tras habersele reconocido una invalidez permanente absoluta que se encontraba cubierta por el seguro de vida e invalidez concertado. El seguro estaba vinculado a un préstamo hipotecario que el asegurado había suscrito en la misma fecha -junio de 2001-, y a su firma precedió la cumplimentación de un cuestionario de salud. Según los hechos probados, el préstamo fue ampliado y el seguro renovado en marzo de 2008, previa la realización de un segundo cuestionario de salud, con la consiguiente actualización del capital asegurado. La reclamación del asegurado fue estimada en primera instancia y desestimada en apelación por considerarse que había infringido su deber de declaración del riesgo al cumplimentar el segundo cuestionario ocultando dolosamente enfermedades preexistentes (diagnosticadas en 2006) y causalmente vinculadas con la invalidez luego reconocida.

Los antecedentes relevantes para la decisión del recurso son los siguientes:

#### 1. Se han declarado probados o no se discuten estos hechos:

1.1. Con fecha de emisión y efecto 14 de junio de 2001, D. Elias suscribió con Unicorp Vida, Cía. de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante Unicorp o la aseguradora), un producto denominado «Seguro TAR Préstamo» (póliza n.º NUM001) que además del riesgo de fallecimiento cubría el de incapacidad permanente absoluta con una suma asegurada de 42.070,84 euros (doc. 1 de la demanda).

1.2. El seguro se vinculó al préstamo hipotecario n.º NUM000 que el demandante había concertado en esa misma fecha con Unicaja, razón por la cual se designó a esta entidad de crédito como primera beneficiaria.

1.3. En la póliza se incluyó una «Declaración de estado de salud» del asegurado (doc. 2 de la demanda) del siguiente tenor:



«CONTESTE "SI" O "NO" A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

»¿SE ENCUENTRA EN PERFECTO ESTADO DE SALUD? EN CASO DE CONTESTAR "NO" INDIQUE EL MOTIVO.

»SI

»¿PRESENTA ALGÚN DEFECTO FÍSICO, INVALIDEZ O ESTÁ UD. TRAMITANDO CUALQUIER TIPO DE INVALIDEZ? EN CASO DE CONTESTAR "SÍ" INDIQUE LA CAUSA, TIPO Y DESDE CUANDO.

»NO

»¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE? EN CASO DE CONTESTAR "SÍ" INDIQUE LA ENFERMEDAD Y DESDE CUANDO LA PADECE O LA HA PADECIDO.

»NO.

»¿SIGUE TRATAMIENTO PROLONGADO POR ALGÚN MOTIVO? EN CASO DE CONTESTAR "SI" INDIQUE MOTIVO, MEDICAMENTO, DOSIS Y PERIODICIDAD.

»NO».

1.4. Debido a la ampliación del citado préstamo hipotecario ambas partes suscribieron, con fecha de emisión y de efecto 31 de marzo de 2008, una nueva póliza (n.º NUM002), vinculada a aquel (de ahí su denominación como «Seguro de Créditos Hipotecarios»), que comprendía idénticas garantías de fallecimiento e invalidez permanente absoluta pero esta vez con un capital o suma asegurada de 77.000 euros (doc. 2 de la contestación).

En el apartado «BENEFICIARIOS» incluido en las condiciones particulares aparecía el siguiente texto:

«Unicaja de forma irrevocable por la operación vinculada en la cuantía definida en las condiciones generales, y por el exceso de capital, si existiera, el asegurado en caso de invalidez absoluta y permanente, y para el caso de fallecimiento los siguientes:

»A falta de designación expresa se atenderá al orden de prelación establecido en las condiciones generales

» Operación vinculada: Préstamo/Póliza NUM000».

1.5. También se incluía una cláusula final referida al tomador/asegurado por la que este reconocía:

«[...] que ha sido sometido, en la misma fecha de solicitud del seguro, al cuestionario de salud nº NUM003 anexo a este contrato y que forma parte inseparable de éste».

El referido «Cuestionario de salud y actividad» (doc. 3 de la contestación) tenía el tenor siguiente:

El cuestionario fue cumplimentado materialmente por el director de la oficina bancaria con las contestaciones facilitadas por el tomador/asegurado y, como se puede comprobar, de las respuestas se desprende que el asegurado no padecía enfermedad alguna y que su estado de salud era bueno

1.6. Según la documentación médica incorporada a las actuaciones, el asegurado fue diagnosticado a principios del año 2006 de una pancreatitis aguda focal de cabeza pancreática, y se le prescribió como tratamiento el evitar ingestas abundantes de comida y no beber alcohol. Esta patología dio lugar a que en julio de 2007 se refiriera que dicho asegurado sufría una glucemia (elevada presencia de azúcar en sangre), una dislipemia (altos niveles de colesterol) y una HTA (hipertensión arterial), determinantes de un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, obesidad grado I, HTA, dislipemia y tabaquismo, patologías que desde aquella fecha obligaron al citado paciente a acudir a distintos servicios del Hospital General de Ciudad Real y que fueron la causa su incapacidad.

1.7. Por resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante INSS) de fecha 7 de noviembre de 2011, dictada a propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades, el

tomador/asegurado fue declarado en situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, constando como cuadro clínico residual desencadenante de dicha incapacidad «pancreatitis crónica calcificante. Insuficiencia exo-endocrina. Dolor abdominal secundario de difícil control» y como limitaciones orgánicas y funcionales «Reagudizaciones frecuentes. Dolor de difícil control en Unidad del Dolor, Dificil control de glucemia» (doc. 4 de la demanda).

1.8. En esa fecha el capital pendiente de amortizar ascendía a 69.506,68 euros.

1.9. Con fecha 23 de noviembre de 2007 el asegurado requirió a la aseguradora para que procediera a amortizar el saldo pendiente, en ese momento 69.319,85 euros (al haberse hecho cargo el asegurado de la cuota del citado mes de noviembre), y para que le abonara el exceso (hasta los 77.000 euros) mediante transferencia a su cuenta bancaria, a lo que la entidad asegurada se negó, rechazando el siniestro por existir antecedentes de salud que no habían sido declarados.

1.10. El asegurado siguió haciéndose cargo de las cuotas del préstamo y, desde el 7 de noviembre de 2007 hasta el 14 de septiembre de 2012, pagó en total 4.013,24 euros, quedando pendiente de amortizar en esta última fecha la cantidad de 67.343,52 euros.

2. Con fecha 21 de diciembre de 2012 el tomador/asegurado promovió el presente litigio contra su aseguradora solicitando que se la condenara a poner a disposición de la beneficiaria Unicaja el capital que a fecha del juicio quedara pendiente de amortizar o, subsidiariamente, la cantidad de 67.343,52 euros que quedaba pendiente a fecha 14 de septiembre de 2012, que se condenara también a la demandada a poner a disposición del asegurado-demandante el exceso hasta los 77.000 euros (que subsidiariamente cifraba en 9.656,48 euros a fecha 14 de septiembre de 2012) y que se la condenara igualmente a reintegrar las cuotas del préstamo de las que se había hecho cargo desde noviembre de 2011 (que subsidiariamente cifraba en 4.013,24 euros), todo ello más los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro (7 de noviembre de 2011) y costas.

En apoyo de estas pretensiones alegó, en lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que el siniestro, consistente en la invalidez permanente absoluta declarada con fecha 7 de noviembre de 2011, estaba cubierto por el seguro de vida con cobertura de invalidez suscrito por ambas partes en 2001 y actualizado en 2008 con motivo de la ampliación del préstamo hipotecario al que estaba vinculado; (ii) que la aseguradora no podía rechazar el siniestro alegando que el asegurado había ocultado enfermedades preexistentes, ya que no las padecía en 2001, única vez en que se le sometió a un cuestionario de salud porque en 2008 no se le exhibió ningún cuestionario ni se le requirió para que aportara información clínica, omisión que sería imputable a la aseguradora; y (iii) que la entidad prestamista era la beneficiaria y debía haber reclamado el capital asegurado para amortizar las cuotas pendientes, lo que no había hecho, de modo que el demandante se vio obligado a seguir pagándolas y tenía derecho a recuperar las cuotas abonadas desde que ocurrió el siniestro y al remanente o exceso (diferencia entre capital pendiente de amortizar y los 77.000 euros de capital asegurado).

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en síntesis: (i) que era cierto que en 2001 ambas partes suscribieron un seguro de vida e invalidez vinculado a un préstamo hipotecario otorgado por Unicaja (la demandada lo identifica erróneamente con el número de cliente); (ii) que también era cierto que en 2008 se suscribió una segunda póliza con idénticas coberturas, si bien se trató de un seguro distinto y vinculado a un préstamo hipotecario también diferente (en concreto alude al préstamo NUM000, el cual, pese a lo dicho, era también el número del préstamo vinculado a la póliza de 2001); (iii) que no era cierto que al suscribir esta segunda póliza no se sometiera al asegurado a un nuevo cuestionario de salud, pues en la primera página de la misma se contenía una cláusula por la que el propio asegurado admitía haber sido sometido al cuestionario n.º NUM003; (iv) que el asegurado ocultó que en 2006 había sido diagnosticado de «pancreatitis aguda focal de cabeza pancreática» y de «hepatopatía VHB (diabetes mellitus tipo 2)», enfermedades que fueron las que finalmente dieron lugar a su invalidez, además de que también fue diagnosticado de dislipemia (altos niveles de colesterol) y HTA (hipertensión arterial) y tabaquismo; (v) que el asegurado también incumplió su deber de comunicar a la aseguradora cualquier circunstancia sobrevenida que pudiera agravar el riesgo (art. 9.b) de la póliza); y (vi) que, además, entre los riesgos excluidos por la póliza de 2008 se encontraban «los siniestros que sean consecuencia de lesiones o enfermedades físicas o psíquicas o defectos físicos o psíquicos que tenga un origen anterior a la contratación del seguro, sean conocidos por el Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro y no hayan sido declarados al contratar el seguro».

4. La sentencia de primera instancia, estimando la demanda, condenó a la aseguradora demandada a abonar a Unicaja el capital pendiente de amortizar a la fecha de pago efectivo y a abonar al asegurado las cuotas mensuales satisfechas por este desde la fecha del siniestro y hasta dicho pago efectivo, así como el exceso resultante de restar las sumas anteriores al capital asegurado, en ambos casos con los intereses del art. 20 LCS



calculados al tipo del 50% durante los dos primeros años y al mínimo del 20% a partir del segundo año y hasta su completo pago.

Sus razones fueron, en síntesis, que: (i) la controversia se centraba en determinar si el asegurado ya sufría al cumplimentar «el cuestionario de salud y actividad» la enfermedad que desembocó en su invalidez; (ii) el asegurado cumplimentó un cuestionario de salud tanto en 2001 como en 2008, cuando «actualizó o renovó» la primera póliza con ocasión de la ampliación del préstamo hipotecario al que se encontraba vinculada; y (iii) al cumplimentar «el cuestionario de salud y actividad» el asegurado no ocultó a la aseguradora datos médicos de forma dolosa o con culpa grave, entre otras razones porque no lo cumplimentó él sino el director de la oficina de Unicaja, porque la segunda póliza vino impuesta por la entidad prestamista al ampliarse el capital prestado, sin posibilidad alguna de negociación por parte del prestatario asegurado, y porque aunque eran ciertas las patologías diagnosticadas en 2006 y 2007, y también su relación causal con la invalidez finalmente reconocida en vista del cuadro clínico residual, sin embargo no se le prescribió tratamiento (solo una dieta para diabéticos sin sal y ejercicio físico).

5. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación de la demandada, revocó la sentencia apelada y desestimó íntegramente la demanda, con imposición al demandante de las costas de la primera instancia y sin hacer pronunciamiento en cuanto a las de la segunda.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) la cumplimentación de un cuestionario de salud precedió tanto a la póliza de 2001 como a la renovación de 2008, constando en ambos casos que «la salud del asegurado era buena, sin ninguna enfermedad»; (ii) no se ha acreditado irregularidad alguna en la confección del cuestionario, por más que fuera cumplimentado por el director de la oficina bancaria; (iii) el asegurado negó padecer cualquier problema de salud (en concreto a la pregunta 11, «en conclusión, ¿su estado de salud es bueno y sin enfermedad?», respondió que «sí»), lo que no se compadecía con la documentación médica incorporada a las actuaciones, que probaba que a principios de 2006 (y por tanto con anterioridad a la renovación de la póliza en 2008) ya había sido diagnosticado de diversas patologías (pancreatitis crónica, diabetes, hipertensión y dislipemia) que fueron, además, las que determinaron su invalidez y por las que tuvo que acudir desde 2006 a distintos servicios del Hospital General de Ciudad Real; y (iv) en consecuencia, la conducta del asegurado constituía un «caso claro de ocultación de enfermedades relevantes a los efectos del seguro contratado», con encaje en el art. 10 LCS, lo que además se vino a refrendar por su declaración durante el juicio, dado que ofreció respuestas evasivas al referir solo un dolor de estómago en 2006, manifestar que no recordaba el diagnóstico de pancreatitis y, en fin, admitir la certeza del contenido del cuestionario aunque oponiendo que no fue rellenado por él, «en contra de las evidencias ya consignadas anteriormente».

6. El demandante interpuso contra dicha sentencia recurso de casación por interés casacional fundado en infracción de la doctrina jurisprudencial sobre el art. 10 LCS.

## Segundo.

El recurso de casación se compone de un solo motivo, fundado en infracción del art. 10 LCS y de la jurisprudencia de esta sala, con cita al respecto de las sentencias de 6 de abril de 2001, 31 de mayo de 1997 y 2 de diciembre de 2014.

En síntesis, se alega: (i) que no es correcto el fundamento jurídico tercero de la sentencia recurrida que niega cualquier irregularidad en la confección del cuestionario de salud por más que se hubiera realizado por el director de la sucursal de Unicaja, ya que la jurisprudencia ha negado eficacia a los cuestionarios sucintos y rellenados directamente por un empleado de la entidad; (ii) que, además, la jurisprudencia hace recaer en el asegurador las consecuencias -imposibilidad de quedar liberado- de no hacer las preguntas oportunas al tomador sobre su estado de salud y de la «descuidada práctica» seguida en casos como este -cuando aseguradora y prestamista forman parte del mismo grupo-, en los que el cuestionario y la póliza se firman simultáneamente con el préstamo en la misma oficina, rellenando un empleado los datos de aquel; (iii) que no cabe identificar el cuestionario a que se refiere el art. 10 LCS con las declaraciones del solicitante/asegurado que aparecen en el boletín de adhesión, pues aquel debe ser previo a dichas declaraciones y por eso mismo estas no constituyen un verdadero cuestionario de salud, tanto por su contenido como por limitarse la intervención del asegurado a estampar su firma, tal y como aconteció; (iv) que el recurrente no ocultó ninguna enfermedad que padeciera cuando contrató la póliza en 2001, pues en ese momento no sufría ninguna patología, y la póliza de 2008 solo fue una imposición por la ampliación del préstamo hipotecario; y (v) que el recurrente puso a disposición de la aseguradora toda la documentación médica tan pronto como le fue solicitada, de modo que si a la luz de la misma hubiera entendido la aseguradora que la declaración de salud había sido inexacta, debió optar por la resolución del contrato en el plazo

legalmente establecido, lo que no hizo, por lo que, producido el siniestro, no puede liberarse de pago de la indemnización alegando dolo o culpa grave del tomador.

La parte recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que la doctrina jurisprudencial invocada no es aplicable porque el director cumplimentó el cuestionario siguiendo las respuestas del tomador, tratándose además de una cuestión de hecho que no puede revisarse en casación (se cita y extracta la sentencia de 15 de noviembre de 2007); (ii) que en 2008 se sometió al tomador a un nuevo cuestionario, distinto del de 2001, por lo que no es cierto lo alegado al respecto en el recurso; (iii) que la prueba médica no deja dudas acerca de que el hoy recurrente faltó gravemente a la verdad al contestar al cuestionario en 2008, ya que en 2006 había sido hospitalizado por una pancreatitis que en 2007 se valoró como crónica y que finalmente fue la causa de su incapacidad, y además también fue diagnosticado de diabetes mellitus, hipertensión y tabaquismo; (iv) que la conducta dolosa y contraria a la buena fe del hoy recurrente también se ha mantenido en este procedimiento, al haber intentado ocultar la existencia de ese segundo cuestionario (en la demanda solo se aportó el de 2001); y (v) que el argumento de que la aseguradora debió rescindir el seguro tan pronto como tuvo conocimiento de la declaración viciada no se sostiene, ya que la documentación médica solo se aportó a la compañía a requerimiento de esta y una vez tuvo lugar el siniestro.

### Tercero.

El motivo, y por tanto el recurso, debe ser desestimado por las siguientes razones:

1.<sup>a</sup>) La sentencia de esta sala 726/2016, de 12 de diciembre, citada por las más recientes 222/2017, de 5 de abril, 542/2017, de 4 de octubre, y 323/2018 de 30 de mayo, sintetiza la jurisprudencia sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que recaen las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto, ambiguo o genérico.

2.<sup>a</sup>) Sobre la cuestión del sujeto que materialmente rellena el cuestionario, la propia sentencia 726/2016, con cita de la 72/2016, de 17 de febrero, recordó que la jurisprudencia ha matizado que «el tomador no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario fuera relleno 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 relleno, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante». En relación con esta cuestión, son hechos probados de los que se ha de partir en casación que el asegurado suscribió una primera póliza en 2001 vinculada al préstamo hipotecario concedido por Unicaja, y una segunda en 2008, debida a la ampliación del crédito, y que en ambos casos la firma de la respectiva póliza estuvo precedida por la cumplimentación de un cuestionario o declaración de salud por el asegurado, que fue relleno según sus respuestas. En consecuencia, la alegación de que el cuestionario se cumplimentó por un empleado de la prestamista, limitándose la intervención del asegurado a estampar su firma, hace supuesto de la cuestión e impide considerar infringida la doctrina que al respecto se invoca, la cual solo resultaría vulnerada si se dieran por ciertos unos hechos que no se han declarado probados. En este sentido se pronunció la sentencia 674/2014, de 4 de diciembre, al descartar que se infringiera de la doctrina de la sentencia de 31 de mayo de 1997 - también citada ahora por el recurrente- porque esta venía referida a casos «en que no conste que el tomador del seguro hubiera sido realmente preguntado y hubiera podido ser consciente de las preguntas del cuestionario».

3.<sup>a</sup>) Tampoco se ajusta a la doctrina de esta sala la alegación de que el cuestionario de salud de 2008 no fue un verdadero cuestionario sino una mera declaración del asegurado sin valor jurídico como tal, pues es constante la jurisprudencia de que el cuestionario a que se refiere el art. 10 LCS no tiene que revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia ( sentencias 726/2016, de 12 de diciembre, y 222/2017, de 5 de abril).

4.<sup>a</sup>) En cuanto al contenido del cuestionario, lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas que se formularon al hoy recurrente permitían que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud que él conociera o no pudiera desconocer se referían, de manera que, al no mencionar sus patologías, estuviera ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo. Como ha recordado la ya citada sentencia 323/2018, la aplicación de la jurisprudencia a cada caso ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario.

5.<sup>a</sup>) Así, se ha negado la existencia de ocultación en casos de cuestionarios (o declaraciones de salud) demasiado genéricos o ambiguos, con preguntas sobre la salud general del asegurado tan estereotipadas que no permitían al asegurado relacionarlas con la enfermedad causante luego del siniestro (entre las más recientes, sentencias 157/2016, de 16 de marzo, 222/2017, de 5 de abril, y la citada 323/2018).



La sentencia 157/2016 apreció una cláusula estereotipada acerca de la salud general del asegurado en la que no se incluían preguntas significativas para la determinación del riesgo objeto de cobertura. En concreto, no se pedía ninguna respuesta acerca de enfermedades relevantes como el cáncer que padecía.

En esta misma línea, la sentencia 222/2017 consideró que el hecho de que la tomadora no manifestara los antecedentes de psicosis que padecía desde mucho antes no permitía concluir que estuviera ocultando datos de salud relevantes para la valoración del riesgo, «pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectante a su salud mental (solo se aludió a patologías de tipo cardiaco, respiratorio, oncológico, circulatorio, infeccioso, del aparato digestivo o endocrino -diabetes-) ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental que condujeron finalmente a la incapacidad».

Más recientemente, la sentencia 323/2018, respecto de un asegurado psiquiatra, descarta la ocultación valorando que a la falta de preguntas sobre una patología concreta, de tipo mental, que pudiera asociar a sus padecimientos, se sumaba el empleo de un adjetivo («relevante») dotado de un matiz de subjetividad que no podía operar en perjuicio del asegurado, ni siquiera tratándose de un médico especialista en psiquiatría, pues sus conocimientos en la materia, aunque permitieran descartar que no fuera consciente de su enfermedad, no implicaban necesariamente que tuviera que valorar sus antecedentes psíquicos como significativos o relevantes, ya que no le habían impedido ejercer su profesión hasta la fecha del siniestro. Y concluye:

«En definitiva, la falta de concreción del cuestionario debe operar en contra del asegurador, pues a este incumben las consecuencias de la presentación de una declaración o cuestionario de salud excesivamente ambiguo o genérico, ya que el art. 10 LCS, en su párrafo primero, exonera al tomador-asegurado de su deber de declarar el riesgo tanto en los casos de falta de cuestionario cuanto en los casos, como el presente, en que el cuestionario sea tan genérico que la valoración del riesgo no vaya a depender de las circunstancias comprendida en él o por las que fue preguntado el asegurado».

6.<sup>a</sup>) En sentido contrario, las sentencias 726/2016, de 12 de diciembre, 542/2017, de 4 de octubre, y 72/2016, de 17 de febrero, aprecian la existencia de ocultación dolosa, en el caso de las dos primeras porque sí se había preguntado al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas, y en el de la tercera porque si bien las preguntas fueron más genéricas, sin referencia a enfermedades concretas, sí se le preguntó si había tenido o seguía teniendo alguna limitación física o psíquica o enfermedad crónica, si había padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad o accidente que hubiera necesitado de tratamiento médico o de intervención quirúrgica y si se consideraba en ese momento en buen estado de salud.

7.<sup>a</sup>) El presente caso se corresponde con estos últimos. A pesar de que la documentación médica prueba que el asegurado fue ingresado en enero de 2006 por pancreatitis aguda, que hubo de permanecer hospitalizado durante algunos días por esta causa, que en julio de 2007 se valoró esa patología de páncreas como crónica, junto con una diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, y, en fin, que lejos de tratarse de episodios aislados tales enfermedades le obligaron a frecuentar distintos servicios del Hospital General de Ciudad Real, sin embargo, cuando fue expresamente preguntado en marzo de 2008 sobre si le habían recomendado hospitalizarse y sobre si había recibido tratamiento, respondió que no, indicó niveles de tensión arterial que comúnmente se consideran dentro de la normalidad (12/8) y contestó afirmativamente a la pregunta de cierre sobre si consideraba que su salud era buena (buen estado y sin enfermedad). En estas circunstancias, por más que el cuestionario no contuviera ninguna pregunta concreta o específica sobre problemas en el páncreas, ha de entenderse, dada la gravedad de los que padecía el recurrente y sus consiguientes complicaciones (diabetes e hipertensión), que las que sí se le formularon eran más que suficientes para que el hoy recurrente pudiera vincular esos graves antecedentes médicos con la enfermedad finalmente causante del siniestro y, sobre todo, para que no debiera afirmar que se encontraba bien de salud ni facilitar unos datos sobre su tensión arterial que aparentaban encontrarse dentro de estándares normales pero que tampoco se correspondían con la hipertensión diagnosticada.

En definitiva, nadie puede desconocer que una pancreatitis que requiere atención médica en distintos servicios hospitalarios y que acaba calificándose de crónica, unida a una diabetes mellitus, es un grave problema de salud que, con arreglo al art. 10 LCS, demuestra el dolo del asegurado cuando a todas las preguntas de un cuestionario como el del presente caso responde siempre precisamente en el sentido de no tener problema alguno de salud.

8.<sup>a</sup>) Por último, tampoco está fundada la alegación de que la aseguradora debió rescindir el contrato una vez tuvo conocimiento de que la declaración de salud no era exacta, pues de nuevo parte el recurrente de unos hechos no probados. Es cierto que las consecuencias que para el asegurado derivan del incumplimiento del deber



de declarar el riesgo que le impone el párrafo primero del art. 10 LCS son las establecidas en los dos párrafos siguientes, entre las que se encuentra 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» ( sentencia 676/2014, de 4 de diciembre). Pero como declara la sentencia 669/2014, de 2 de diciembre, se trata de una previsión legal que no es aplicable a casos como este en que no consta probado que la aseguradora conociera la ocultación antes de ocurrir el siniestro, pues no se ha declarado probado que la documentación médica se facilitara antes y no después del siniestro o, incluso, de efectuarse la reclamación por el asegurado.

#### **Cuarto.**

Desestimado el recurso de casación, procede imponer las costas del mismo a la parte recurrente ( arts. 394.1 y 398.1 LEC).

### **FALLO**

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

1.º Desestimar el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Elias contra la sentencia dictada el 12 de mayo de 2015 por la sección 1.ª de la Audiencia Provincial de Ciudad Real en el recurso de apelación n.º 8/2015.

2.º Confirmar la sentencia recurrida.

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

Líbrese a la mencionada Audiencia la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de apelación remitidos

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

Así se acuerda y firma.

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.