

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

Referencia: NCJ064600

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 572/2019, de 4 de noviembre de 2019

Sala de lo Civil

Rec. n.º 2061/2016

SUMARIO:

Seguro de vida e incapacidad vinculado a préstamo hipotecario. Deber de declaración del riesgo. Dolo del asegurado. El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra la aseguradora y contra la entidad prestamista designada como primera beneficiaria pidiendo el cumplimiento del contrato de seguro suscrito en su día (de vida con cobertura de invalidez, vinculado a un préstamo hipotecario), que se encontraba en vigor al producirse el siniestro consistente en la declaración de incapacidad permanente absoluta del asegurado. La demanda fue desestimada en ambas instancias, en cuanto al banco prestamista beneficiario por falta de legitimación pasiva y en cuanto a la aseguradora por infracción del deber de declaración del riesgo por parte del asegurado. La sala ha declarado que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro. El asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber de respuesta por la sola circunstancia de que el cuestionario sea rellenado por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal. El cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, admitiéndose también como cuestionario las "declaraciones de salud" que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza. En el caso, no todas las preguntas fueron genéricas, pues además de preguntársele si se consideraba en buen estado de salud y si estaba o había estado enfermo, se le preguntó específicamente si era consumidor habitual de alcohol y lo negó, contradiciendo así los datos resultantes de la documentación médica sobre su estado de salud previo a la firma de la póliza (que por tanto el asegurado no podía desconocer), de los que resultaba con toda claridad que venía sufriendo episodios de pánico desde su juventud que aplacaba consumiendo alcohol de forma habitual y en dosis elevadas, suficientes como para causarle una adicción que solo cesó tras sufrir un problema orgánico. En consecuencia, aunque la enfermedad causante de la IPA fuese diagnosticada después de la suscripción de la póliza y de la cumplimentación del cuestionario, lo cierto es que hubo ocultación, y por tanto dolo, al declarar el riesgo, pues concurrían suficientes elementos significativos que el asegurado conocía o no podía desconocer y que debía representarse como objetivamente influyentes para su valoración, siendo posteriormente determinantes de su invalidez.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980, arts. 4, 10, 16, 20 y 89.

Código civil, arts. 1.088, 1.100, 1.124, 1.254, 1.255, 1.902.

Ley 1/2000 (LEC), arts. 217, 218, 325, 326.1, 469.1.4º, 473.2.1º y 2º.

PONENTE:*Don Francisco Marín Castan.*

Magistrados:

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

**TRIBUNAL SUPREMO**

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 572/2019

Fecha de sentencia: 04/11/2019

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 2061/2016

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 23/10/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

Procedencia: Audiencia Provincial de Granada, sección 3.^a

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. M^a Teresa Rodríguez Valls

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 2061/2016

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. M^a Teresa Rodríguez Valls

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 572/2019

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marin Castan, presidente

D. Ignacio Sancho Gargallo

D. Rafael Saraza Jimena

D. Pedro Jose Vela Torres

En Madrid, a 4 de noviembre de 2019.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por el demandante D. Celso, representado por la procuradora D.^a Miriam Álvarez del Valle Lavesque bajo la dirección letrada de D. Juan Carlos Pedrosa Puertas, contra la sentencia dictada el 20 de abril de 2016 por la sección 3.^a de la Audiencia Provincial de Granada en el recurso de apelación n.º 609/2015, dimanante de las



actuaciones de juicio ordinario n.º 537/2014 del Juzgado de Primera Instancia n.º 6 de Granada sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida. Han sido parte recurrida la entidad demandada Banco Mare Nostrum S.A., representada por la procuradora D.ª María Isabel Afonso Rodríguez bajo la dirección letrada de D. Ignacio Alba Muñoz, y la aseguradora codemandada Caja Granada Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., representada por la procuradora D.ª María Mercedes Marín Iribarren bajo la dirección letrada de D.ª M.ª Inmaculada Fernández González.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 15 de abril de 2014 se presentó demanda interpuesta por D. Celso contra BMN (Banco Mare Nostrum) - Caja Granada y contra la aseguradora Caja Granada Vida S.A. solicitando se dictara sentencia con los siguientes pronunciamientos:

"1.- Se condene a la ENTIDAD CAJA GRANADA VIDA, S.A., respecto de la póliza de seguro de vida n.º NUM003, y al haberse declarado el actor en IPA (Incapacidad Permanente Absoluta) con fecha de efecto 17/2/2.011, a cancelar el préstamo hipotecario n.º NUM000 concertado con la Entidad BMN - CAJA GRANADA, conforme al capital pendiente a fecha 17/2/2.011.-

"2.- Se condene a la Entidad CAJA GRANADA VIDA, S.A., a devolver al actor las primas anuales cobradas por la póliza de seguro de vida n.º NUM003, desde el 30/3/2.011 con los intereses legales correspondientes desde la fecha de su cargo en la cuenta n.º NUM001 o, subsidiariamente, desde el 7/5/2.013 (documento n.º 3 de la demanda).-

"3.- a.- Se condene a la Entidad demandada BMN - CAJA GRANADA, con independencia de las compensaciones internas que procedan con la Entidad CAJA GRANADA VIDA, S.A., a devolver al actor todas las cuotas de amortización del préstamo hipotecario n.º NUM000 cobradas desde el mes de Marzo de 2.011, cargadas en su cuenta n.º NUM001, así como la parte proporcional del Mes de Febrero de 2.011 (desde el día 18/2/2.011 al 28/2/2.011) con los intereses legales correspondientes desde la fecha de su cargo en la cuenta n.º NUM001 o, subsidiariamente, desde el 7/5/2.013 (documento n.º 3 de la demanda).-

"b.- Subsidiariamente, y para el caso de que no se condenase a la Entidad demandada BMN-CAJA GRANADA a la anterior pretensión, deberá condenarse a la Entidad CAJA GRANADA VIDA, S.A., a pagar al actor todas las cuotas de amortización del préstamo hipotecario n.º NUM000 cobradas desde el mes de Marzo de 2.011, cargadas en su cuenta n.º NUM001, así como la parte proporcional del mes de Febrero de 2.011 (desde el día 18/2/2.011 al 28/2/2.011) con los intereses legales correspondientes desde la fecha de su cargo en la cuenta n.º NUM001 o, subsidiariamente, desde el 7/5/2.013 (documento n.º 3 de la demanda).-

"4.- Se condene a las demandadas al pago de las costas del presente procedimiento".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 6 de Granada, dando lugar a las actuaciones n.º 537/2014 de juicio ordinario, y emplazadas las entidades demandadas, Banco Mare Nostrum S.A. compareció y contestó a la demanda solicitando su desestimación por falta de legitimación activa del demandante en su vertiente de falta de acción y por falta de legitimación pasiva, con expresa imposición de las costas al demandante, y la codemandada Caja Granada Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., compareció y contestó a la demanda solicitando su desestimación por haber incumplido el demandante sus obligaciones legales y contractuales, especialmente su deber de declarar el riesgo, con imposición de costas al demandante.

Tercero.

Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, la magistrada-juez titular del mencionado juzgado dictó sentencia el 11 de septiembre de 2015 desestimando la demanda con expresa imposición de costas al demandante.



Cuarto.

Interpuesto por el demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opusieron las entidades demandadas y que se tramitó con el n.º 609/2015 de la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Granada, esta dictó sentencia el 20 de abril de 2016 desestimando el recurso e imponiendo las costas de la segunda instancia al apelante.

Quinto.

Contra la sentencia de segunda instancia el demandante-apelante interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

El recurso extraordinario por infracción procesal se componía de un solo motivo con el siguiente enunciado:

"MOTIVO PRIMERO.- AL AMPARO DEL ARTICULO 469.1.4º DE LA LEC POR VULNERACIÓN, EN EL PROCESO CIVIL, DE DERECHOS FUNDAMENTALES RECONOCIDOS EN EL ARTÍCULO 24 DE LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA Y EL DERECHO A LA TUTELA JUDICIAL EFECTIVA:

"ERROR PATENTE O MANIFIESTO POR INFRACCIÓN DEL ARTÍCULO 24 DE LA CONSTITUCIÓN EN LO QUE SE REFIERE A LA VALORACIÓN PROBATORIA DEL DOCUMENTO NÚMERO 2 APORTADO CON LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA (CUESTIONARIO DE SALUD) EN ORDEN A JUSTIFICAR LA SUPUESTA CULPA GRAVE DEL ASEGURADO PARA APLICAR LAS CONSECUENCIAS REGULADAS EN EL ART. 10, PÁRRAFO 3º DE LA LCS.

"Vulneración de los artículos 218, 325, 326.1 LEC en relación con el artículo 1255 CC.

"Al amparo del art. 469.1.4 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por infracción del artículo 24.1 de la Constitución, por error patente o manifiesto, ilógica o arbitraria valoración de la prueba en relación con el documento número 5 aportado con la contestación a la demanda por la Entidad aseguradora CAJA VIDA GRANADA, S.L. respecto a la supuesta participación en la confección del citado cuestionario por parte del asegurado, ahorra recurrente en casación"

El recurso de casación, formulado al amparo del ordinal 3.º del art. 477.2 LEC, por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, se componía de dos motivos con los siguientes enunciados:

"MOTIVO PRIMERO.- Infracción sustantiva por aplicación indebida de lo regulado en el párrafo 1º y 3º del artículo 10 de la LCS y ello por oposición a lo dispuesto en el párrafo 2º del citado artículo 10 de la LCS y a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo que indica que equivale a una falta de presentación del cuestionario de salud (en la contratación de una póliza de seguro de vida), no pudiéndose hacer recaer las consecuencias de esa falta de presentación sobre el asegurado, cuando es el agente de seguros quien rellena el cuestionario y el asegurado se limita a firmar el mismo (entre otras Sentencias del TS de fecha 6/4/2.001, dictada en el recurso de casación nº 878/1.996 [índice Cendoj nº 28079110012001101577], y de fecha 4/4/2.007, dictada en el recurso de casación nº 2071/2.000 [índice Cendoj nº 28079110012007100372], la cual cita las SSTS en el FD 6º de fechas 31/5/1.997, 6/4/2.001 y 31/12/2.003)".

"MOTIVO SEGUNDO.- Infracción sustantiva por inaplicación de lo regulado en el 89 de la LCS y ello por oposición a lo dispuesto en el citado artículo 89 de la LCS y a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo respecto a la incontestabilidad o inimpugnabilidad del contrato de seguro de vida, si no se prueba que el cuestionario de salud fue respondido con dolo o culpa grave por parte del asegurado (entre otras Sentencias del TS de fecha 11/6/2.007, dictada en el recurso de casación nº 1722/2.000 [índice Cendoj nº 28079110012007100768], y de fecha 4/4/2.007, dictada en el recurso de casación nº 2071/1000 [índice Cendoj nº 28079110012007100372], la cual cita las SSTS en el FD 6º de fechas 31/5/1.997, 6/4/2.001 y 31/12/2.003)".

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de las procuradoras mencionadas en el encabezamiento, los recursos fueron admitidos por auto de 11 de julio de 2018 (aclarado por auto de 19 de febrero de 2019), a continuación de lo cual las partes recurridas presentaron sendos



escritos de oposición solicitando la íntegra desestimación de los recursos y la confirmación de la sentencia recurrida con expresa imposición de costas al recurrente.

Séptimo.

Por providencia de 11 de octubre del corriente año se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el siguiente día 23, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra la aseguradora y contra la entidad prestamista designada como primera beneficiaria pidiendo el cumplimiento del contrato de seguro suscrito en su día (de vida con cobertura de invalidez, vinculado a un préstamo hipotecario), que se encontraba en vigor al producirse el siniestro consistente en la declaración de incapacidad permanente absoluta (IPA) del asegurado. La demanda fue desestimada en ambas instancias, en cuanto al banco prestamista beneficiario por falta de legitimación pasiva y en cuanto a la aseguradora por infracción del deber de declaración del riesgo por parte del asegurado.

Los antecedentes relevantes para la decisión de los recursos interpuestos por el demandante, por infracción procesal y de casación, son los siguientes:

1.- Se han declarado probados o no se discuten los siguientes hechos:

a) El 29 de marzo de 2005 D. Celso suscribió con Caja General de Ahorros de Granada (actualmente Banco Mare Nostrum, S.A., en adelante BMN) un préstamo con garantía hipotecaria.

b) Con esa misma fecha, vinculado al citado préstamo y con la mediación del propio banco, que actuó como subagente, el prestatario suscribió con la aseguradora Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (a la que sucedió Caja Granada Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., tras cesión parcial de cartera), una póliza denominada "General Vida Amortización Hipotecarios" (póliza n.º NUM002, doc. 2 de la contestación de la aseguradora) que, además del riesgo de fallecimiento, cubría el de "invalidez absoluta y permanente por cualquier causa" y en la que se designó a la entidad prestamista como primera beneficiaria por el importe del saldo pendiente de amortizar más un máximo de 60 días de intereses:

c) En la póliza se incluyó un "Cuestionario de Salud y Actividad" (folio 74 de las actuaciones de primera instancia) en el que aparece que, en respuesta a las preguntas que contenía, el asegurado/tomador negó haber padecido o padecer alguna enfermedad que le hubiera obligado a interrumpir su actividad laboral durante más de quince días en el transcurso de los últimos cinco años, haber estado de baja por enfermedad o accidente (pregunta 2) y haber consumido o consumir habitualmente bebidas alcohólicas, ansiolíticos, estupefacientes o algún tipo de medicación con o sin prescripción médica (pregunta 10), y que respondió afirmativamente a la pregunta de si creía que su estado de salud era bueno y sin enfermedad (pregunta 11).

d) Al tiempo de suscribir la póliza y contestar al cuestionario, el tomador/asegurado ya llevaba varios años padeciendo de alcoholismo.

De la documentación médica incorporada a las actuaciones resulta que en mayo de 2008 sufrió un episodio de pancreatitis y que esta enfermedad fue la razón de que abandonara su adicción alcohólica, iniciada mucho tiempo antes. Así, en el informe clínico unido al folio 234 de las actuaciones de primera instancia consta que cuando el 10 de noviembre del mismo año acudió por vez primera a la Unidad de Salud Mental de Loja y se le diagnosticó "agorafobia con trastorno de pánico, F40 (CIE-10) de años de evolución", también se reseñó como antecedente un "consumo perjudicial de alcohol", que se decía abstinente desde 2008 ("abstinente en la actualidad por motivos orgánicos desde hace dos años"); en el informe de urgencias emitido por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Manacor, donde recibió asistencia en agosto de 2009 por "ansiedad-depresión" (folio 236 de las actuaciones de primera instancia), se reseñó, en el apartado referido a sus antecedentes somáticos, que el paciente era exalcohólico y, como antecedentes psiquiátricos, que en su juventud sufría cuadros de crisis de pánico que aplacaba con alcohol, y que su consumo cesó a raíz de la pancreatitis; en el informe emitido por la



inspectora médica del INSS de Granada (folios 239 y siguientes de las actuaciones de primera instancia) se reflejó que, según el ya citado informe de noviembre de 2008, el "consumo perjudicial de alcohol" solo cesó "por motivos orgánicos"; finalmente, en el acto del juicio su médico de cabecera atribuyó el episodio de pancreatitis al consumo abusivo y perjudicial de alcohol desde mucho tiempo antes, toda vez que el síndrome de abstinencia obedece a un consumo prolongado previo de alcohol.

e) Por sentencia de 12 de diciembre de 2012 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, desestimatoria del recurso de suplicación (n.º 2190/2012) interpuesto por el INSS, se acordó confirmar la sentencia dictada el 20 de junio de ese mismo año por el Juzgado de lo Social n.º 1 de Granada (autos n.º 399/2011) que había declarado al asegurado en situación de IPA derivada de enfermedad común con efectos desde el 17 de febrero de 2011 (folios 12 a 15 de las actuaciones de primera instancia). En esta sentencia del Juzgado de lo Social se declaraba probado que el Sr. Celso había iniciado expediente de incapacidad por enfermedad en el que con fecha 17 de febrero de 2011 se emitió el dictamen propuesta del EVI y con fecha 18 de febrero de 2011 se dictó resolución de la Dirección Provincial del INSS denegando la declaración de incapacidad permanente por no ser suficientes las lesiones objetivadas, así como que, según ese dictamen, el Sr. Celso presentaba como cuadro clínico residual "trastorno depresivo con síntomas ansiosos y agorafobia", y como limitaciones anatómicas y funcionales en tratamiento por el equipo de salud mental desde 2008 "agorafobia de años de evolución, la clínica agorafóbica le impide alejarse a más de un cierto radio de casa, necesita salir acompañado, miedo a coger transportes públicos, escasa respuesta al tratamiento. Ha estado trabajando en la temporada de verano en Mallorca, entre abril y octubre cada año, actualmente se encuentra en situación de IT por agorafobia".

2.- El asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora mediante carta enviada a BMN con fecha 7 de mayo de 2013 (folio 11 de las actuaciones de primera instancia). Con la carta acompañó varios documentos, aunque ninguno referido a sus antecedentes de salud. Por este motivo la aseguradora, conocedora del siniestro, requirió por dos veces al asegurado (burofaxes de fechas 5 de mayo de 2014 y 10 de junio del mismo año) para que aportara determinada documentación médica necesaria para la correcta tramitación y valoración del mismo, sin que estos requerimientos fueran atendidos.

Respecto de esta cuestión, según el art. 11 de las condiciones generales de la póliza el pago de la prestación prevista para el caso de siniestro consistente en la invalidez del asegurado requería que, por el tomador, asegurado o beneficiario, una vez comunicado el siniestro, se aportara determinada documentación, y en particular:

"c) Historia clínica del centro sanitario o médico que haya asistido al Asegurado en la que se recoja claramente la evolución de la enfermedad o accidente de que deriva la declaración de invalidez absoluta y permanente del Asegurado, así como su fecha de diagnóstico y antecedentes personales del Asegurado".

3.- Con posterioridad a la comunicación del siniestro, BMN siguió cobrando las cuotas del préstamo y cargando en la cuenta del prestatario las primas del seguro. No obstante, en consideración a la fecha de reconocimiento de los efectos de la incapacidad declarada (17 de febrero de 2011), la aseguradora devolvió al asegurado las primas cobradas con posterioridad a la misma (esto es, las correspondientes a las anualidades - iniciadas el 29 de marzo- de los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015), por importe de 718,81 euros.

4.- Después de intentar sin éxito la conciliación (el acto, celebrado el 10 de enero de 2014, terminó sin avenencia), con fecha 15 de abril de 2014 el asegurado promovió el presente litigio contra la compañía de seguros y contra la entidad de crédito designada como primera beneficiaria, solicitando, respecto de la primera, que se la condenara a cancelar el préstamo (tomando en cuenta el capital pendiente de amortizar a la fecha del siniestro, 17 de febrero de 2011) y a devolver las primas pagadas por el asegurado a partir del 30 de marzo de 2011 o, subsidiariamente, desde el 7 de mayo de 2013, más sus intereses legales en los dos casos; y respecto del banco, que se le condenara a devolver todas las cuotas de amortización del préstamo hipotecario cobradas desde marzo de 2011, incluyendo la parte proporcional del mes de febrero de 2011, más sus intereses legales desde su pago o, como mínimo, desde el 7 de mayo de 2013, y con carácter subsidiario -para el caso de que el banco fuera absuelto- que se condenara a la aseguradora.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis: (i) que cuando le fue reconocida la incapacidad en vía judicial se encontraba en vigor el seguro de vida con cobertura de invalidez; y (ii) que pese a haber comunicado debidamente el siniestro, ninguna de las demandadas había cumplido sus obligaciones, pues la entidad prestamista siguió cobrándole las cuotas de amortización del mismo y la aseguradora las primas del seguro.

Como fundamentos jurídicos de fondo invocó los arts. 1088 y siguientes, 1254 y siguientes, y 1100 y siguientes del CC, y para justificar su legitimación activa, el art. 10 LEC.



5.- La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en síntesis: (i) que el demandante había incumplido sus obligaciones legales y contractuales con carácter previo a la firma del seguro, perdiendo así su derecho a indemnización; (ii) que los incumplimientos habían consistido en no comunicar el siniestro al asegurador en tiempo y forma (decía al respecto que la sentencia reconociendo la incapacidad era de diciembre de 2012 y que sin embargo el siniestro no se le comunicó hasta el 21 de abril de 2014), no facilitar la historia clínica (pese a lo dispuesto en los arts. 16 LCS y 11 de las condiciones generales de la póliza, y a lo solicitado en los sucesivos requerimientos no atendidos) e infringir los arts. 4 y 10 LCS, ya que la incapacidad fue causada por enfermedades preexistentes a la firma de la póliza ("episodios de depresión con síntomas de agorafobia de años de evolución") que no fueron comunicadas al asegurador, lo que o bien excluía su cobertura con arreglo al primero de dichos preceptos, o bien, en todo caso, liberaba al asegurador de la obligación de indemnizar con arreglo al segundo, ya que eran antecedentes de salud conocidos por el asegurado que este se podía representar como influyentes en la valoración del riesgo y que, sin embargo, se habían ocultado al dar a entender cuando cumplimentó el cuestionario que se encontraba "en buen estado de salud"; (iii) que frente a la aseguradora no podía prosperar la pretensión de cancelación del préstamo, sino que únicamente se le podía pedir que abonara la indemnización en caso de producirse el siniestro (la suma asegurada, consistente en el capital del préstamo pendiente de amortizar, que en todo caso serían 21.773,69 euros y no los 24.490,93 euros reclamados en la demanda); (iv) la improcedencia de los intereses del art. 20 LCS, por no haber incurrido en mora; y (v) que las primas correspondientes a las anualidades posteriores a la fecha de efecto de la incapacidad (por importe de 718,8 euros) habían sido devueltas al asegurado, por lo que su reclamación era improcedente.

Por su parte el banco codemandado se opuso alegando: (i) falta de legitimación activa en su vertiente de falta de acción, y consecuente falta de legitimación pasiva, todo ello por haber actuado únicamente como mediador -subagente de la aseguradora- y no ser parte en el contrato de seguro; y (ii) que al no ser parte del contrato no podía prosperar frente a él una pretensión de cumplimiento dirigida a la cancelación del préstamo hipotecario, pues como simple beneficiario solo podría verse obligado a devolver las cuotas del préstamo si la aseguradora hubiera asumido el siniestro y abonado la suma asegurada para amortizar el capital pendiente, lo que no había ocurrido.

6.- La sentencia de primera instancia desestimó la demanda y condenó en costas al demandante.

Sus razones fueron, en síntesis, las siguientes: (i) falta de legitimación pasiva de BMN, porque al no haber sido parte del contrato de seguro, sino un mediador al que se designó como beneficiario, no podía dirigirse frente a él una pretensión fundada en el incumplimiento de las obligaciones contenidas en la póliza ni tampoco una pretensión de cancelación del préstamo hipotecario en los términos solicitados; (ii) con respecto a las pretensiones dirigidas frente a la aseguradora, estaba probado que se le había comunicado el siniestro el 7 de mayo de 2013 mediante escrito dirigido al banco, pues según el art. 12.1 de la Ley de Mediación de Seguros Privados las comunicaciones al mediador han de surtir los mismos efectos que las hechas directamente a la compañía aseguradora; (iii) tal comunicación del siniestro fue extemporánea y, además, el asegurado no aportó la documentación médica requerida; (iv) sin embargo, ni la comunicación extemporánea del siniestro ni la falta de aportación de dicha documentación eran suficientes para apreciar dolo o culpa grave en el asegurado, aunque sí permitían descartar el incumplimiento contractual de la aseguradora al no haber podido disponer de la documentación necesaria para tramitar y liquidar el siniestro por causa solo imputable al asegurado; (v) en cuanto al deber de declaración del riesgo, constaba que el cuestionario fue cumplimentado con las respuestas dadas por el asegurado, cuya firma era la que figuraba en el citado documento; (vi) también en relación con el deber de declaración del riesgo, constaba que el asegurado negó haber padecido o padecer enfermedad que le hubiera obligado a estar de baja laboral durante más de quince días en los últimos cinco años (pregunta 2), negó también consumir o haber consumido habitualmente bebidas alcohólicas, ansiolíticos, estupefacientes o algún tipo de medicación con o sin prescripción médica (pregunta 10) y afirmó encontrarse en buen estado de salud y sin enfermedad (pregunta 11), todo ello a pesar de que de la documentación médica resultaba acreditado, entre otros antecedentes, que tenía problemas psiquiátricos desde su juventud, por los que había recibido atención médica, y que era alcohólico, hábito que solo abandonó en mayo de 2008 tras sufrir un episodio de pancreatitis; y (vii) en consecuencia, la conducta del asegurado liberaba al asegurador de su obligación de indemnizar, porque ocultó antecedentes médicos psiquiátricos por él conocidos, objetivamente influyentes en la valoración del riesgo y que además tuvieron relación con la causa de su incapacidad, pues en el informe del equipo de valoración se refirió que el demandante padecía un "trastorno depresivo con síntomas ansiosos y agorafobia" y, como limitaciones orgánicas y funcionales, "agorafobia de varios años de evolución, semiología depresiva y ansiedad secundaria".

7.- Contra dicha sentencia el demandante interpuso recurso de apelación interesando la revocación de la sentencia apelada y la estimación íntegra de su demanda. En concreto, alegó: (i) error en la valoración de la



prueba e infracción del art. 16 LCS, por aplicación indebida (inexistencia del deber de aportación documental); (ii) infracción del art. 10 LCS, por aplicación indebida, e infracción del art. 89 LCS por inaplicación (por inexistencia de cuestionario de salud); (iii) infracción de los arts. 21.2 LEC (allanamiento parcial), 216 LEC (principio dispositivo) y 394.2 LEC (improcedencia de la condena en costas en caso de estimación parcial); (iv) infracción de los arts. 1124 CC y 20.4 LCS; y (v) infracción de los arts. 1902 CC, por inaplicación, y 5.2.A de la Ley 26/2006, de Mediación de Seguros Privados, y de principios jurídicos.

Las partes apeladas se opusieron al recurso y solicitaron su desestimación.

8.- La sentencia de segunda instancia, desestimando el recurso de apelación, confirmó la desestimación de la demanda con imposición al apelante de las costas de la segunda instancia.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) la invocación como infringido del art. 16 LCS (que regula el deber del tomador/asegurado de dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de no hacerlo por dolo o culpa grave) no es relevante en este caso, ya que la propia sentencia apelada descartó la existencia de dolo o culpa grave en este punto y fundó su razón decisoria en que la falta de entrega de la documentación médica requerida, aunque no fuera constitutiva de dolo o culpa grave del asegurado, sí que podía valorarse como una falta de colaboración que descartaba el incumplimiento contractual del asegurador; (ii) no es verdad que el cuestionario careciera de validez por haberse limitado el asegurado a firmarlo (en "barbecho"), ya que, por el contrario, fue cumplimentado con las respuestas dadas personalmente por el asegurado al empleado de la entidad bancaria mediadora, como prueba que en el documento, además de aparecer estampada su firma, se reseñaran datos personales que necesariamente tuvo que facilitar al propio demandante (como su profesión de camarero, el peso, la talla, o la tensión arterial); (iii) el demandante negó haber padecido o padecer enfermedad que le hubiera obligado a estar de baja laboral durante más de quince días en los últimos cinco años (pregunta 2), negó también consumir o haber consumido habitualmente bebidas alcohólicas, ansiolíticos, estupefacientes o algún tipo de medicación sin prescripción médica (pregunta 10) y afirmó encontrarse en buen estado de salud y sin enfermedad (pregunta 11), declaraciones sobre su salud que no se compadecían con los datos resultantes de los informes médicos unidos a las actuaciones, demostrativos de que el asegurado ocultó "trascendentales circunstancias a los efectos de la valoración del riesgo que se encuentran directamente relacionadas con la enfermedad que motivó el reconocimiento de la invalidez permanente y absoluta"; (iv) en cuanto a la reclamación de las primas pagadas de más, consta probado que la aseguradora extornó las correspondientes a los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015, por un importe total de 718,81 euros que ingresó con fecha 8 de mayo de 2014, lo que descarta el allanamiento, ya que la devolución se produjo antes de que tuviera conocimiento de la demanda (el emplazamiento a la aseguradora tuvo lugar el 19 de mayo de 2014); (v) la inexistencia de incumplimiento contractual imputable a la aseguradora descarta la infracción de los arts. 1124 CC y 20.4 LCS; y (vi) finalmente, tampoco se infringieron por BMN los arts. 1902 CC y 5.2.A de la Ley 26/2006, en primer lugar porque el art. 1902 CC se invoca por primera vez en apelación, lo que constituye una cuestión nueva que altera el objeto de debate, y en segundo lugar porque el único que incumplió sus obligaciones fue el asegurado al ocultar datos sobre su salud, lo que priva de relevancia al hecho de que la comunicación de BMN a la aseguradora fuera tardía, pues de ella no derivó perjuicio alguno para el asegurado.

9.- La demandante interpuso contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación por interés casacional, en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala. Terminaba solicitando que se dictara sentencia "estimando las pretensiones de cumplimiento contractual y reclamación de cantidades contenidas en el suplico de la demanda interpuesta por el actor recurrente contra la Entidad Aseguradora CAJA VIDA GRANADA, S.A. haciéndose el pronunciamiento sobre costas de conformidad con el art. 398 de la LEC".

10.- En su oposición a los recursos el banco recurrido ha solicitado su desestimación por entender que nada se pide contra él y que la controversia afecta únicamente a las otras dos partes litigantes, aunque manifestando que en todo caso hace suyas las razones de oposición que pudiera alegar la aseguradora recurrida. Por su parte, esta entidad ha pedido la desestimación de los recursos tanto por causas de inadmisibilidad como por razones de fondo, lo que obliga a esta sala a examinar con carácter preliminar las posibles causas de inadmisión del recurso de casación por interés casacional porque, conforme a la regla 5.ª del apdo. 1. DF. 16.ª LEC, la inadmisión del recurso de casación determinaría la del recurso extraordinario por infracción procesal (por ejemplo, sentencias 222/2017, de 5 de abril, 528/2018, de 26 de septiembre, 562/2018, de 10 de octubre, y 37/2019, de 21 de enero).



Segundo.

El recurso de casación se articula en dos motivos. El primero se funda en infracción del art. 10 LCS y de la jurisprudencia de esta sala sobre las consecuencias que tiene, para poder apreciar el cumplimiento o incumplimiento del deber de declarar el riesgo, el hecho de que el asegurado se haya limitado a firmar un cuestionario relleno o cumplimentado materialmente por un tercero -personal de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de aquella- (se citan las sentencias de 6 de abril de 2001, rec. 878/1996, y 4 de abril de 2007, rec. 2071/2000). El motivo segundo se funda en infracción del art. 89 LCS y de la jurisprudencia de esta sala sobre la incontestabilidad del seguro de vida cuando no se pruebe que existió dolo o culpa grave del asegurado (se citan las sentencias de 11 de junio de 2007, rec. 1722/2000 y la ya mencionada de 4 de abril de 2007).

La aseguradora recurrida se ha opuesto a la admisión de ambos motivos alegando, como causa de inadmisión común, la inexistencia de interés casacional porque la vulneración normativa y jurisprudencial invocada como fundamento de los motivos solo sería posible a partir de hechos distintos de los probados. En este sentido, en relación con el motivo primero se afirma que la valoración conjunta de la prueba permite considerar acreditado que, aunque el cuestionario se cumplimentara materialmente por un empleado del banco, en todo momento se tuvieron en cuenta las respuestas del asegurado, y respecto al motivo segundo se alega igualmente que el recurrente no respeta los hechos probados y, además, que la cuestión de la "indisputabilidad" de la póliza es nueva en casación y que la alegación del recurrente de que cuando firmó el cuestionario no sufría enfermedad que le impidiera trabajar nada tiene que ver con el dolo o la culpa grave, sino con la inexistencia del riesgo en el momento de la contratación, lo que habría dado lugar a que el seguro fuera nulo (art. 4 LCS).

Tercero.

Conforme a la jurisprudencia de esta sala, los óbices de admisibilidad alegados por la aseguradora respecto del recurso de casación no permiten inadmistrarlo en su totalidad ni, consecuentemente, inadmitir por esta causa el recurso extraordinario por infracción procesal.

Según criterio del auto del pleno de esta sala de 6 de noviembre de 2013, reiterado en sentencias posteriores (por ejemplo, sentencias 222/2017, de 5 de abril, 528/2018, de 26 de septiembre, 562/2018, de 10 de octubre, y 37/2019, de 21 de enero), puede ser suficiente para superar el test de admisibilidad la correcta identificación del problema jurídico planteado y una exposición adecuada que ponga de manifiesto la consistencia de las razones de fondo del recurso, partiendo del respeto a los hechos probados.

En este caso, es verdad que el motivo primero no plantea propiamente un problema jurídico sino fáctico, ya que la eficacia del cuestionario se rebate sin respetar los hechos probados en cuya virtud la sentencia concluyó que, aunque el cuestionario fuera cumplimentado materialmente por el empleado del banco, lo hizo con las respuestas facilitadas por el asegurado. Y precisamente porque la parte recurrente demuestra ser consciente de que la jurisprudencia que invoca solo puede considerarse vulnerada si se parte de hechos distintos de los probados (así lo declaró la sentencia 562/2018, que a su vez menciona la 542/2017, de 4 de octubre), es por lo que previamente al de casación ha formulado recurso extraordinario por infracción procesal con la intención de modificar la base fáctica de la sentencia recurrida.

En cambio no hay duda alguna de que el motivo segundo plantea una cuestión exclusivamente jurídica, pues lo que se sostiene es que, con arreglo a la conocida como cláusula de incontestabilidad o "indisputabilidad" del seguro de vida (art. 89 LCS), la aseguradora demandada-recurrida no podía denunciar la reticencia o inexactitud después de transcurrido un año desde la firma del seguro. Esto presupone necesariamente discrepar de la interpretación y aplicación que la sentencia recurrida ha hecho del art. 10 LCS y de la jurisprudencia que lo interpreta (dada la relación que existe entre este precepto general y la especialidad prevista para el seguro de vida) y negar, en contra de la razón decisoria de la sentencia recurrida, que en este caso haya existido dolo o culpa grave del asegurado. Por tanto, se identifica correctamente el problema jurídico que ha de resolverse en casación, consistente en si las preguntas que se formularon al asegurado permitían a este representarse a qué antecedentes de salud que él conociera o no pudiera desconocer se referían, de modo que tuviera que ser consciente de que con sus respuestas estaba ocultando intencionadamente o de forma gravemente negligente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

Recurso extraordinario por infracción procesal



Cuarto.

Este recurso se compone de un solo motivo, amparado en el ordinal 4.º del art. 469.1 LEC, por vulneración del art. 24 de la Constitución, y fundado en infracción de los arts. 218, 325 y 326.1 LEC en relación con el art. 1225 CC, por error en la valoración del documento n.º 2 de la contestación a la demanda por la entidad aseguradora (cuestionario de salud).

En su desarrollo se alega, en síntesis, que la sentencia impugnada ha incurrido en error patente, en una ilógica o arbitraria valoración de dicha prueba documental, determinante de indefensión, al concluir que el cuestionario fue cumplimentado por un empleado del banco con arreglo a las respuestas del asegurado solo por el hecho de que en el mismo se reflejaran datos personales como la altura, el peso, la tensión arterial o la profesión de camarero del asegurado, sin tener en cuenta: (i) que el banco y aseguradora eran del mismo grupo y el empleado del primero actuó como mandatario de la segunda; (ii) que el asegurado se limitó a estampar su firma en el cuestionario por ser un mero trámite para la firma del préstamo, pero sin que en modo alguno se le formularan las preguntas que aparecían el mismo; (iii) que algunos de los datos que la sentencia considera que debieron ser facilitados por el asegurado eran ya conocidos por el banco (por ejemplo la profesión, pues tuvo que aportar las nóminas para suscribir el préstamo hipotecario vinculado), mientras que los restantes "realmente eran inventados"; (iv) que el empleado del banco no tenía ninguna formación médica para reflejar los datos de salud que allí aparecían; y (v) que en el momento de la firma del cuestionario el asegurado no había tenido ni tenía ninguna enfermedad que le hubiera obligado a estar de baja durante más de quince días, no había consumido ni consumía bebidas alcohólicas o medicamentos y no podía afirmar cosa distinta de que su estado de salud era bueno, puesto que no fue hasta noviembre de 2008 cuando se le diagnosticó la enfermedad (agorafobia) finalmente desencadenante de su incapacidad permanente absoluta.

La aseguradora recurrida se ha opuesto a la admisión del recurso por no ser admisible el de casación y por carecer de fundamento al pretenderse únicamente una nueva valoración de la prueba al margen de los requisitos exigibles para poder revisar la llevada a cabo por el tribunal sentenciador. En concreto se aduce: (i) que al invocarse como infringido el art. 218 LEC se confunde la existencia de un posible error en la valoración de la prueba con una supuesta falta de motivación de la sentencia recurrida; (ii) que no se justifica con precisión en qué habría consistido la vulneración de los arts. 325 y 326.1 LEC, pues la parte recurrente no cuestionó la autenticidad del documento de que se trata, sino únicamente su valor probatorio; (iii) que se prescinde de que la prueba testifical practicada en el acto del juicio corroboró las respuestas dadas por el demandante al cumplimentar el cuestionario; (iv) que el cuestionario da a entender un estado de salud normal, sin enfermedad, cuando de la valoración conjunta de la prueba resulta probado lo contrario; y (v) que el art. 217 LEC es incompatible con los arts. 325 y 326 LEC, ya que aquel tiene que ver con las consecuencias de la falta de prueba y no con la valoración que se haya hecho de un determinado medio probatorio.

Quinto.

No procede apreciar el primer óbice de admisibilidad de este recurso porque, "siendo admisible el recurso de casación por interés casacional, como se ha razonado ya, no cabe inadmitir el recurso por infracción procesal por la única razón de no ser admisible el de casación" (sentencia 222/2017, antes citada, entre otras).

Por el contrario, sí concurre la causa de inadmisión de carencia manifiesta de fundamento, por pretenderse una nueva valoración de la prueba sin que se aprecie ninguno de los casos excepcionales de error que lo permiten.

Además de que la formulación del motivo es formalmente deficiente (art. 473.2. 1.º LEC en relación con art. 469.1 LEC), fundamentalmente por adolecer de una patente falta de claridad expositiva al acumular como fundamento del mismo infracciones procesales heterogéneas entre sí (se citan los arts. 217 y 218 LEC -este último sin ni siquiera precisar el párrafo-, que son normas reguladoras de la sentencia, junto con los arts. 325 y 326.1 LEC, sobre la valoración de la prueba documental privada) que deberían haberse denunciado en motivos independientes (en este sentido, entre las más recientes, sentencias 205/2018, de 11 de abril, 273/2018, de 10 de mayo, y 426/2018, de 4 de julio, todas ellas citadas por la 562/2018, de 10 de octubre, referida también a un recurso sobre la misma materia de fondo), el motivo carece manifiestamente de fundamento (art. 473.2. 2.º LEC) porque, como en el caso de la sentencia 562/2018, de 10 de octubre, también en este se mezcla una pretendida falta de motivación de la sentencia (solo denunciado por el cauce del ordinal 2.º del art. 469.1 LEC) con unos supuestos errores de valoración probatoria. Con semejante planteamiento se olvida no solo que "la motivación de la resolución no tiene nada que ver con el acierto o desacierto de la argumentación y hay que distinguir en relación



con la valoración probatoria la falta de motivación o la motivación insuficiente, que se sitúa en el requisito procesal y exigencia constitucional de la motivación, del error en la valoración de la prueba que es un tema ajeno a la motivación" (sentencia 160/2012, de 16 de marzo, citada por la 643/2016, de 26 de octubre), sino, sobre todo, que esta sala no es una tercera instancia y que por esta razón solo de forma excepcional admite la revisión de la valoración probatoria del tribunal sentenciador por la existencia de un error patente o arbitrariedad en la valoración de alguna prueba, o bien por la concreta infracción de una norma tasada de valoración de prueba, siempre que, por resultar manifiestamente arbitraria o ilógica, la valoración de esa determinada prueba no supere, conforme a la doctrina constitucional, el test de la racionalidad constitucionalmente exigible para respetar el derecho a la tutela judicial efectiva reconocido en el art. 24 de la Constitución (entre las más recientes, sentencias 88/2019, de 13 de febrero, y 132/2019, de 5 de marzo).

Estos requisitos, de los que depende que pueda prosperar una pretensión revisora de la prueba, no concurren en este caso, porque la conclusión fáctica del tribunal sentenciador acerca de que el cuestionario fue cumplimentado con las respuestas del asegurado (que según la jurisprudencia, es lo único jurídicamente relevante desde el punto de vista formal, aunque fuese el empleado del banco, tal y como él mismo admitió, el que lo rellenara o cumplimentara materialmente, sentencias 72/2016, de 17 de febrero, 726/2016, de 12 de diciembre, y 562/2018, de 10 de octubre) responde a una valoración de la prueba en su conjunto; es decir, no solo del soporte documental del cuestionario o declaración de salud, sino también de la testifical (del citado empleado) y, en particular, del hecho indiciario de que en el mismo se incluyeran datos personales que solo pudieron ser facilitados por el asegurado (apreciación esta última en línea con lo que ha declarado la jurisprudencia de esta sala en casos similares, por ejemplo, sentencia 562/2018, de 10 de octubre, que tomó en cuenta que en las instancias quedó probado que en el cuestionario constaban datos relativos "al peso y altura y a que fumaba un paquete al día").

En estas circunstancias, no es admisible un motivo que pretende desarticular esa valoración conjunta para que prevalezca un elemento probatorio sobre otros o intente plantear cuestiones que impliquen la total revisión probatoria (sentencia 635/2018, de 16 de noviembre), y menos aún mediante la cita de normas de prueba no tasadas, como las que regulan la valoración de la prueba documental privada (así, la sentencia 236/2019, de 23 de abril, respecto del art. 326 LEC), o mediante meras apreciaciones de parte cuales son las consideraciones del motivo referidas a los datos del cuestionario sobre la altura, peso y tensión arterial del asegurado como fruto de la invención del empleado bancario.

En consecuencia, el recurso extraordinario por infracción procesal debe ser desestimado por incurrir su motivo único en la causa de inadmisión de carencia manifiesta de fundamento (art. 473.2. 2.º LEC), que en sentencia debe apreciarse como causa de desestimación (sentencias 653/2017, de 29 de noviembre, y 273/2018, de 10 de mayo, en un caso también sobre un seguro de vida y en el que también se suscitaba controversia en casación acerca de la interpretación del art. 10 LCS, ambas citadas en la 562/2018, de 10 de octubre).

Recurso de casación

Sexto.

Como se ha indicado ya, sus dos motivos se fundan en el argumento común de la inexistencia de conducta dolosa o gravemente negligente del asegurado, alegando: (i) que el cuestionario no puede considerarse formalmente válido al no haber sido cumplimentado por el asegurado, quien se habría limitado a firmarlo; y (ii) que esa falta de validez formal excluiría el dolo o la culpa grave y, consiguientemente, determinaría la incontestabilidad del seguro de vida conforme al art. 89 LCS. Su estrecha relación entre sí aconseja su examen y resolución conjunta.

El banco considera que nada se pide contra él y la aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso solicitando su desestimación, además de por las causas de inadmisión antes referidas, también por razones de fondo, alegando a este respecto, en síntesis: (i) en cuanto al motivo primero, que el cuestionario es formalmente válido porque, según los hechos probados, el asegurado no se limitó a firmarlo, sino que fue cumplimentado con sus respuestas, de tal manera que sostener lo contrario supone no respetar esos hechos probados; (ii) que en dicho cuestionario se reflejaron las respuestas del asegurado referentes a que en el momento de suscribirse la póliza no tenía adicción ni enfermedad alguna cuando, por el contrario, según los informes médicos, está probado que era plenamente consciente de que venía consumiendo alcohol abusivamente y de forma habitual desde mucho antes de firmar la póliza para aplacar las crisis de pánico que sufría igualmente con anterioridad (en el informe de 19 de septiembre de 2011 consta que el paciente refirió padecer desde los 24 años crisis de pánico que aplacaba con alcohol); y (iii) en cuanto al motivo segundo, que la cláusula del art. 89 LCS no opera en casos como este en que se declara probada la infracción dolosa o gravemente negligente del deber de declarar el riesgo.



Por último, añade que la parte recurrente comete un "error en el suplico del recurso" al pretender que se estimen todas las pretensiones formuladas en su demanda cuando resulta que la desestimación de algunas de ellas ha quedado firme (es el caso de las pretensiones de devolución de las primas y cuotas del préstamo, y de los intereses del art. 20 LCS).

Séptimo.

De la doctrina de esta sala sobre el art. 10 LCS (sentencias 106/2019, de 19 de febrero, 81/2019, de 7 de febrero, 53/2019, de 24 de enero, 37/2019, de 21 de enero, 621/2018, de 8 de noviembre, 562/2018, de 10 de octubre, 563/2018, de 10 de octubre, 528/2018, de 26 de septiembre, 426/2018, de 4 de julio, 323/2018 de 30 de mayo, 273/2018, de 10 de mayo, 542/2017, de 4 de octubre, 222/2017, de 5 de abril, 726/2016, de 12 de diciembre, 157/2016, de 16 de marzo, y 72/2016, de 17 de febrero, entre otras) se desprende, en síntesis: (i) que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro; (ii) que el asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber de respuesta por la sola circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal; (iii) que el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, admitiéndose también como cuestionario las "declaraciones de salud" que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza; y (iv) que lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

Como recuerdan las citadas sentencias, la aplicación concreta de dicha jurisprudencia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario.

Por su semejanza con el presente caso, dadas las circunstancias concurrentes, resultan de aplicación las sentencias 37/2019, de 21 de enero, 621/2018, de 8 de noviembre, 563/2018, de 10 de octubre, 273/2018, de 10 de mayo, 542/2017, de 4 de octubre, 726/2016, de 12 de diciembre, y 72/2016, de 17 de febrero. Todas ellas (a diferencia de las sentencias 157/2016, de 16 de marzo, 222/2017, de 5 de abril, 323/2018, de 30 de mayo, y 562/2018, de 10 de octubre, que no apreciaron la infracción del deber de declarar el riesgo) declararon la existencia de ocultación dolosa o, cuando menos, gravemente negligente (sentencia 542/2017), atendiendo no solo al hecho de que en algunos de esos casos el cuestionario no era impreciso (porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas) sino también a que en otros casos, pese a la generalidad del cuestionario, existían "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar" (sentencia 621/2018, con cita de la 542/2017).

Octavo.

La sentencia recurrida, en su fundamentación jurídica sobre el fondo a partir de los hechos probados, no infringe la referida doctrina jurisprudencial y, por tanto, el recurso debe ser desestimado por las siguientes razones:

1.^a) La razón decisoria de la sentencia recurrida consiste en que el asegurado, al contestar al cuestionario antes de firmarlo, ocultó datos sobre su salud, por él conocidos al tiempo de suscribir la póliza, cuya influencia en la valoración del riesgo razonablemente podía conocer y que estaban directamente relacionados con la enfermedad que determinó el reconocimiento de su IPA. En concreto, deteniéndose en las respuestas dadas por el asegurado a las preguntas 2, 10 y 11, según las cuales decía estar bien de salud y no haber consumido alcohol, y poniendo en relación esas respuestas con los antecedentes de salud que resultaban de la documentación médica y de la declaración testifical de quien fue su médico de cabecera, la sentencia recurrida concluye que el asegurado infringió su deber de declarar el riesgo porque la IPA trajo causa de una enfermedad de tipo mental



("trastorno depresivo con síntomas ansiosos y agorafobia") de varios años de evolución (y por tanto, iniciada en su juventud, bastante antes de suscribirse la póliza) que había cursado con episodios o crisis de pánico que el propio asegurado reconoció aplacar con un consumo elevado y habitual de alcohol, el cual únicamente cesó con ocasión de sufrir un problema orgánico (pancreatitis) en 2008.

2.ª) Pese a lo sostenido por el recurrente en el motivo primero, el tribunal sentenciador considera acreditado, tras valorar la prueba en su conjunto, que el cuestionario fue cumplimentado con las respuestas que suministró el propio asegurado (de ahí que se reflejaran datos personales que de otra forma no podrían ser conocidos), y esta conclusión fáctica tiene que ser respetada en casación tras haberse desestimado el recurso por infracción procesal (sentencia 562/2018, con cita de la 542/2017, de 4 de octubre).

3.ª) Analizadas las preguntas del cuestionario y las respuestas del asegurado conforme a la jurisprudencia antes reseñada, resulta que no todas las preguntas fueron genéricas, pues además de preguntársele si se consideraba en buen estado de salud y si estaba o había estado enfermo, se le preguntó específicamente si era consumidor habitual de alcohol y lo negó, contradiciendo así los datos resultantes de la documentación médica sobre su estado de salud previo a la firma de la póliza (que por tanto el asegurado no podía desconocer), de los que resultaba con toda claridad que venía sufriendo episodios de pánico desde su juventud que aplacaba consumiendo alcohol de forma habitual y en dosis elevadas, suficientes como para causarle una adicción que solo cesó tras sufrir un problema orgánico.

4.ª) En consecuencia, aunque la enfermedad causante de la IPA fuese diagnosticada después de la suscripción de la póliza y de la cumplimentación del cuestionario, lo cierto es que, como aprecia el tribunal sentenciador, hubo ocultación, y por tanto dolo, al declarar el riesgo, pues concurrían suficientes elementos significativos que el asegurado conocía o no podía desconocer y que debía representarse como objetivamente influyentes para su valoración, siendo el más relevante de todos ellos el gran consumo de alcohol, conscientemente negado, y su admitida relación con la sintomatología de tipo mental -episodios de pánico, miedo a los espacios abiertos- que finalmente se identificó con la enfermedad -trastorno depresivo por agorafobia- determinante de su invalidez.

5.ª) Al ser ajustada a derecho la apreciación de dolo por el tribunal sentenciador, no ha lugar a plantearse la aplicación del art. 89 LCS en favor del asegurado recurrente, ya que el inciso final de su párrafo primero introduce la salvedad de que "el tomador del seguro haya actuado con dolo".

Noveno.

Conforme a los arts. 487.3 y 398.1 en relación con el 394.1, todos de la LEC, procede confirmar la sentencia recurrida e imponer las costas de los recursos al recurrente, quien conforme al apdo. 9 de la d. adicional 15.ª LOPJ perderá los depósitos constituidos.

Conviene puntualizar, no obstante, que las costas no comprenderán las causadas al banco codemandado-recurrido, pues el recurso ya solamente pedía la condena de la aseguradora y, por tanto, el banco no tenía que defenderse del mismo al venir absuelto desde la primera instancia.

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 extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por el demandante D. Celso contra la sentencia dictada el 20 de abril de 2016 por la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Granada en el recurso de apelación n.º 609/2015.

2.º- Confirmar la sentencia recurrida.

3.º- E imponer las costas de los recursos al recurrente, que perderá los depósitos constituidos.

Librese 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.