

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ064986

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 333/2020, de 22 de junio de 2020

Sala de lo Civil

Rec. n.º 267/2017

SUMARIO:**Seguro de vida. Cuestionario de salud.**

Seguro de vida vinculado a préstamo hipotecario y designación de la entidad prestamista como primera beneficiaria por el capital pendiente. Reclamación dirigida por el asegurado contra la compañía de seguros para el cumplimiento del contrato. La demanda fue desestimada en ambas instancias por infracción del deber de declaración del riesgo.

El deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de no presentar un cuestionario o ser incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas estereotipadas sobre la salud general del asegurado que no permitan a este vincular esas preguntas con la enfermedad causante del siniestro. Por su parte 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 facilitó las respuestas a las preguntas sobre su salud. El cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, por lo que también valen como cuestionario las «declaraciones de salud» que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza; y lo que esta sala debe examinar es si las 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 datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

En el presente caso, las preguntas que se formularon al asegurado para conocer su estado de salud fueron excesivamente genéricas, estereotipadas (p.ej., si se consideraba en buen estado o si estaba o había estado enfermo, o bajo tratamiento), y ninguna de las preguntas sobre patologías concretas tenía que ver con los síntomas por los que había acudido a consulta médica apenas dos meses antes de suscribir la póliza.

El hecho de que al hoy recurrente no se le preguntara por su sintomatología mental solo es imputable a la aseguradora, y en estas circunstancias la falta de un diagnóstico concreto a la fecha de celebración del contrato, sumada a que tampoco consta que siguiera tratamiento o estuviera bajo seguimiento facultativo con anterioridad, autoriza a concluir que el asegurado no pudo representarse la influencia en el riesgo que pretendía asegurar. En definitiva, del art. 10 LCS resulta claramente que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado (en este caso, por ejemplo, la negativa a que le hubieran recomendado consultar a un médico, o la afirmativa de que su estado de salud era bueno) sino el dolo o la culpa grave, es decir, la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad.

PRECEPTOS:

Código Civil, art. 1.269.

Ley 50/1980 (Seguro), arts. 1, 2, 10 y 20.

PONENTE:*Don Francisco Marín Castán.*

**TRIBUNAL SUPREMO**

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 333/2020

Fecha de sentencia: 22/06/2020

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 267/2017

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 17/06/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Málaga, sección 4.ª

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. María Angeles Bartolomé Pardo

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 267/2017

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. María Angeles Bartolomé Pardo

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

SENTENCIA

Excmos. Sres.

D. Francisco Marín Castán, presidente
D. Ignacio Sancho Gargallo
D. Rafael Sarazá Jimena
D. Pedro José Vela Torres
D. Juan María Díaz Fraile

En Madrid, a 22 de junio de 2020.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por el demandante D. Jon, representado de oficio por la procuradora D.ª Lourdes Bravo Toledo bajo la dirección letrada de oficio de D. Enrique Guzmán de Tordesillas, contra la sentencia dictada el 7 de noviembre de 2016 por la sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Málaga en el recurso de apelación n.º 870/2014, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 1573/2013 del Juzgado de Primera Instancia n.º 7 de Málaga sobre reclamación

de cantidad en virtud se seguro de vida e invalidez. Ha sido parte recurrida la aseguradora demandada Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., representada por el procurador D. Eduardo José Manzanos Llorente bajo la dirección letrada de D. Vicente Orti Gisbert.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 11 de octubre de 2013 se presentó demanda interpuesta por D. Jon contra Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., solicitando se dictara sentencia por la que:

"se condene a la demandada UNICORP VIDA a:

"- A abonar a mi representada la cantidad que le adeuda, y que asciende a SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO EUROS CON SESENTA Y OCHO CÉNTIMOS (65.795,68 euros) y que se destinará íntegramente a la amortización del préstamo hipotecario nº NUM000.

"- A abonar igualmente a mi representada las cantidades vencidas del préstamo hipotecario arriba señalado desde la fecha de la invalidez hasta la actualidad y que asciende a OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO EUROS CON NOVENTA Y OCHO CÉNTIMOS (8.655,98 euros), más los meses vencidos hasta que se dicte Sentencia.

"- A abonar los intereses legales conforme al art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro, así como al pago íntegro de las costas que genere el presente procedimiento".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia nº 7 de Málaga, dando lugar a las actuaciones nº 1573/2013 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció y contestó a la demanda alegando falta de legitimación activa ad causam del demandante, dolo o al menos culpa grave del asegurado, y en todo caso pluspetición, y solicitó su íntegra desestimación con imposición de costas al demandante.

Tercero.

Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, la magistrada-juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 9 de julio de 2014 desestimando la demanda con imposición de costas al demandante.

Cuarto.

Interpuesto por el demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la entidad demandada y que se tramitó con el nº 870/2014 de la sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Málaga, esta dictó sentencia el 7 de noviembre de 2016 desestimando el recurso y confirmando la sentencia apelada, con imposición de 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 encabezamiento:

"PRIMERO.- RECURSO EXTRAORDINARIO POR INFRACCIÓN PROCESAL. El motivo se ampara en el ordinal 4º del art. 469.1 de la LEC al entender "vulnerados los derechos fundamentales reconocidos en el art. 24 CE, por haber incurrido, tanto el Juzgado de Primera Instancia como la Audiencia Provincial, en un claro error de

derecho en la valoración de la Prueba practicada en Autos, siendo dicha valoración arbitraria y contraria a la lógica y a la sana crítica, vulnerando de esta forma el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva".

El recurso de casación se componía de un solo motivo con el siguiente encabezamiento:

"SEGUNDO.- Al amparo del art. 477.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil ya que la resolución del recurso presenta interés casacional ya que la Sentencia recurrida se opone a doctrina Jurisprudencial del Tribunal Supremo sobre la que existe Jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales respecto de la interpretación del Artículo 10 de la Ley 50/1980, de Contratos de Seguros de fecha 8 de octubre, en relación con supuestos similares al que ahora es objeto de enjuiciamiento. En concreto al dolo o culpa grave en lo referente a la Declaración del riesgo y enfermedades anteriores a la contratación de un seguro".

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, los recursos fueron admitidos por auto de 10 de abril de 2019, a continuación de lo cual la parte demandada-recurrida presentó escrito de oposición solicitando la desestimación de los recursos con imposición de costas a la parte recurrente.

Séptimo.

Por auto de 25 de junio del 2019 se consideró justificada la abstención para los presentes recursos del magistrado Excmo. Sr. D. Francisco Javier Arroyo Fiestas.

Octavo.

Al no solicitarse por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para votación y fallo el día 17 de junio de 2020, en que ha tenido lugar a través del sistema de videoconferencia habilitado por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

El presente litigio versa sobre la reclamación dirigida por el asegurado contra la compañía de seguros para el cumplimiento del contrato de seguro 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 por infracción del deber de declaración del riesgo.

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

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

1.1. El 11 de abril de 2008 D. Jon suscribió con la aseguradora Unicorp Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., un "Seguro de Créditos Hipotecarios" (póliza n.º NUM001, doc. 2 de la demanda) que, además del riesgo de fallecimiento, cubría el de "invalidez absoluta y permanente". El seguro estaba vinculado al préstamo hipotecario concedido por Unicaja, y se suscribió en una oficina de la propia entidad bancaria. Por este motivo, en la póliza se designó a la prestamista como primera beneficiaria y al asegurado por el exceso del capital en los siguientes términos:

Condiciones Particulares (folio 11 de las actuaciones de primera instancia):

"Beneficiarios.



"Unicaja de forma irrevocable por la operación vinculada en la cuantía definida en las condiciones generales y por el exceso del capital, si existiera, el asegurado en el caso de invalidez absoluta y permanente [...]"
Condiciones Generales (folio 12 vuelto de las actuaciones de primera instancia):

"Beneficiario del seguro.

"Artículo 10º. Será beneficiario del seguro la persona o personas, física/s o jurídica/s designadas por el Tomador en las condiciones particulares teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

"a) La cuantía correspondiente a Unicaja por la operación vinculada será: en caso de fallecimiento, el saldo pendiente de la misma en la fecha de ocurrencia del siniestro más un máximo de 60 días de intereses devengados, y en caso de invalidez absoluta y permanente, el saldo pendiente de la operación vinculada en la fecha de ocurrencia definida en el artículo 2 de estas condiciones generales más un máximo de 60 días de intereses devengados.
[...]"

1.2. En la póliza se incluyó el siguiente "Cuestionario de Salud y Actividad" (doc. 5 de la demanda, folio 22 de las actuaciones de primera instancia), que fue cumplimentado por el empleado del banco con las respuestas dadas por el tomador/asegurado, constando también la firma de este último:

De las respuestas interesa destacar las que negaban haber padecido o padecer alguna enfermedad que hubiera obligado al asegurado a interrumpir su actividad laboral durante más de quince días en el transcurso de los últimos cinco años, o haber estado de baja por enfermedad o accidente (pregunta 2), tener alguna alteración física o funcional (pregunta 4), que le hubieran recomendado consultar a un médico, hospitalizarse o someterse a tratamiento médico (pregunta 5), y la que afirmó creer que el estado de salud del asegurado era bueno y sin enfermedad (pregunta 11).

1.3. El 5 de febrero de 2008, es decir, antes de la suscripción de la póliza y cumplimentación del cuestionario, el tomador/asegurado había acudido a una primera consulta médica por síntomas depresivos y ansiosos vinculados a problemas económicos y laborales graves. Sin embargo, no se le diagnosticó depresión hasta el año 2009.

1.4. Por sentencia de 1 de septiembre de 2011 dictada por el Juzgado de lo Social n.º 1 de Málaga se declaró al Sr. Jon en situación de "invalidez permanente en grado de incapacidad permanente absoluta para su trabajo, derivada de enfermedad común" (folios 26 a 28 de las actuaciones de primera instancia), y se le reconoció derecho a percibir una pensión pública con efectos desde el 15 de octubre de 2009. La sentencia declaró probado que la causa de su invalidez eran problemas tanto articulares (que le incapacitaban para su trabajo) como psiquiátricos (que le incapacitaban para todo tipo de profesión).

1.5. El asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora, pero esta lo rechazó. La primera vez, por escrito de fecha 25 de octubre de 2011, alegando "existir antecedentes personales no declarados en la contratación" (doc. 9 de la demanda), y la segunda, por escrito de 31 de agosto de 2012, por la misma causa (infracción del art. 10 LCS), al considerar que, a la vista de la documentación médica unida al expediente, el asegurado "acudió al Área de Salud Mental "Puerta Blanca" en febrero del año 2008, donde se le diagnosticó de determinados padecimientos, lo cual no fue puesto en conocimiento de la Compañía aseguradora en el momento de la declaración del riesgo" (doc. 11 de la demanda).

1.6. En la fecha del siniestro el saldo pendiente de amortizar era de 65.795,68 euros, y el importe de las cuotas del préstamo que tuvo que satisfacer el asegurado con posterioridad al siniestro, incluidos sus intereses, ascendía a 8.655,98 euros a fecha de la demanda.

2.- Con fecha 11 de octubre de 2013 el asegurado promovió el presente litigio contra la compañía de seguros reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, que se condenara a la aseguradora al pago de 65.795,68 euros, más intereses del art. 20 LCS, a fin de amortizar el préstamo, y a satisfacer al demandante el importe de las cuotas vencidas del préstamo hipotecario que tuvo que seguir abonando después del siniestro, más los intereses devengados hasta la demanda (8.655,98 euros en total) y que se siguieran devengando con posterioridad hasta su completo pago.



En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis, que nunca había ocultado a la aseguradora sus antecedentes de salud, tanto porque se limitó a firmar un documento sin valor jurídico de cuestionario y cumplimentado por un empleado de la propia entidad bancaria, como porque antes de suscribir el seguro solo había padecido una simple ansiedad que no pudo asociar a enfermedad alguna al momento de firmar la póliza, dado que no fue diagnosticado de sus problemas psíquicos hasta mucho después (año 2009).

Como fundamentos jurídicos de fondo invocó los arts. 1, 2 y 10 LCS, este último en relación con el art. 1269 CC, y el art. 20 LCS en cuanto a los intereses de demora.

3.- La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en síntesis, falta de legitimación activa del demandante por no ser el beneficiario del seguro, pluspetición e infracción del art. 10 LCS al haber ocultado, dolosamente o al menos incurriendo en culpa grave, información conocida y relevante sobre su estado de salud que tuvo incidencia en la declaración de su IPA. En concreto, por haber respondido negativamente a las preguntas de si padecía alguna alteración física o funcional y si le habían recomendado consultar a un médico, hospitalizarse o someterse a algún tratamiento médico o intervención quirúrgica, pese a padecer un "trastorno depresivo desde dos meses antes de la contratación del seguro por el que estaba siendo atendido en la unidad de salud mental de Puerta Blanca como prueban los documentos 12, 13 y 15 de la demanda".

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

En lo que interesa, después de desestimar las excepciones de falta de legitimación activa y pluspetición, razonó, en síntesis, lo siguiente: (i) la única cuestión controvertida era si el asegurado había ocultado datos sobre su salud cuando fue preguntado al respecto; (ii) de la documental aportada, en particular de la historia clínica, se desprendía que el demandante tenía padecimientos previos que se remontaban a febrero de 2008 (el seguro se suscribió en abril de ese mismo año), cuando fue atendido en la consulta de psiquiatría por sintomatología ansioso depresiva, prescribiéndosele fármacos, si bien esta sintomatología se hizo más intensa durante el año 2009, que fue cuando, tras ser sometido el demandante a diversas pruebas, recibió el diagnóstico de su enfermedad como episodio depresivo y transformación persistente de la personalidad; y (iii) en atención a ello, cuando respondió al cuestionario no podía desconocer que padecía una serie de síntomas que, aunque no hubieran sido diagnosticados como enfermedad concreta, sí "le impedían negar que padecía disfunción o incapacidad alguna o afirmar que gozaba de buena salud".

5.- Interpuesto recurso de apelación por el demandante, la sentencia de segunda instancia, desestimándolo, 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) el cuestionario fue cumplimentado materialmente por el empleado de la entidad bancaria pero con las respuestas del asegurado, ya que solo así se explica que consten en el mismo datos personales como el peso, la altura o la tensión arterial; (ii) la fotocopia presentada por la parte demandante en la audiencia previa para probar que al tiempo de contratar el seguro, en el mes de abril, había comunicado a la aseguradora su trastorno ansioso del mes de febrero carece de verosimilitud, pues no solo se omitió cualquier referencia al presunto documento original en la demanda sino que, además, el documento presuntamente original estaría en contradicción con el hecho de la demanda consistente en que la depresión no se diagnosticó hasta 2009; (iii) "en consecuencia, no puede considerarse acreditado que en la fecha de contratación de la póliza se entregase por el tomador del seguro el informe fotocopiado de fecha 31 de marzo de 2008, y si efectivamente se hubiese emitido informe con ese contenido y en esa fecha, la enfermedad estaría diagnosticada para entonces careciendo de sentido que se cumplimentase en sentido negativo las respuestas al cuestionario de salud y que el apelante lo firmase en esas condiciones"; (iv) "concorre, por tanto, la omisión de comunicación de una circunstancia tan relevante sobre su estado de salud que es la que desemboca en el reconocimiento de su incapacidad laboral, teniendo en cuenta también que, según lo anteriormente dicho, si el diagnóstico de la enfermedad datara de marzo de 2009 tampoco se acredita que lo hubiera puesto en conocimiento de la aseguradora antes de iniciar el expediente de incapacitación y obtener la sentencia reconociéndole la incapacidad absoluta".

6.- El 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 sobre el art. 10 LCS.

7.- En su oposición a los recursos la aseguradora recurrida ha interesado su desestimación.

Recurso extraordinario por infracción procesal



Segundo.

Este recurso se compone de un solo motivo, formulado al amparo del ordinal 4.º del art. 469. LEC y fundado en infracción del art. 24 de la Constitución por haber incurrido tanto la sentencia recurrida como la de primera instancia en error en la valoración de la prueba.

En su desarrollo se argumenta: (i) que en ninguna de las instancias se tuvo en consideración que la declaración de salud incluida en la documentación de la póliza no tenía valor de cuestionario a los efectos del art. 10 LCS, principalmente por haberse limitado el asegurado a estampar su firma, ya que fue el empleado del banco, perteneciente al mismo grupo empresarial de la aseguradora, quien la cumplimentó; (ii) que el tribunal sentenciador valora erróneamente la prueba documental relativa a los antecedentes de salud del asegurado (historia clínica), pues de la misma no cabe concluir que hubo ocultación ya que la incapacidad que se le reconoció no tuvo su causa exclusivamente en el trastorno ansioso depresivo por el que acudió a consulta, sino que derivó de dolencias mucho más graves, de tipo físico, ajenas a las patologías de tipo psíquico que la sentencia recurrida consideró ocultadas al cumplimentar el cuestionario; y (iii) que tampoco es verdad que la aseguradora no fuese conocedora de esas dolencias psíquicas anteriores a la suscripción de la póliza ni el asegurado no le comunicara el diagnóstico cuando se produjo y antes de solicitar su declaración de invalidez.

La aseguradora se ha opuesto al recurso alegando: (i) que el recurrente no concreta en qué consiste el error de valoración probatoria, de modo que esta supuesta infracción se plantea sin la necesaria claridad y precisión; (ii) que la controversia sobre la validez material del cuestionario es una cuestión jurídica sustantiva que solo puede examinarse en casación; (iii) que el recurrente se refiere a cuestiones, como la falta de participación del asegurado en la cumplimentación del cuestionario o la relación existente entre el banco y la aseguradora por ser empresas del mismo grupo, que no fueron planteadas en las instancias; (iv) que no es verdad que la causa de su IPA fueran tanto sus patologías psíquicas como físicas, ya que la sentencia de la jurisdicción laboral declaró que los problemas físicos solo le incapacitaban para su profesión habitual y que eran sus problemas psiquiátricos los que le incapacitaban para desempeñar todo tipo de profesión; y (v) que, por lo tanto, lo único que se pretende con el recurso es una nueva valoración de la prueba.

Tercero.

El recurso ha de ser desestimado por las siguientes razones:

1.ª) No todos los errores en la valoración probatoria tienen relevancia constitucional, y la excepcional revisión de la valoración probatoria del tribunal sentenciador se encuentra limitada a la existencia de error patente, arbitrariedad o infracción de norma tasada de prueba y exige que ese error, inmediatamente verificable de forma incontrovertible a través de las actuaciones judiciales, necesariamente deba referirse a la valoración de un medio de prueba en concreto. Esto obliga a la parte recurrente a exponer cómo, dónde o cuándo se ha producido el error, y no permite lo que hace la parte recurrente de plantear la revisión de la valoración probatoria con la mera cita como infringido del art. 24 de la Constitución, sin mayor concreción, -es decir, sin identificar con precisión en qué consiste la supuesta indefensión material-, ni permite tampoco acoger pretensiones como las que se articulan en este recurso, dirigidas a revisar la valoración de la prueba en su conjunto para sustituir el criterio del tribunal sentenciador por el propio de la parte recurrente, y menos aún cuando lo que el recurrente presenta como una valoración arbitraria, ilógica o no racional de la prueba encierra tan solo su mera disconformidad con los razonamientos determinantes del fallo y cuando, por su desarrollo argumental, el motivo carece de autonomía o sustantividad propia respecto de las cuestiones de fondo que son objeto del recurso de casación, dado que su finalidad última no es otra que cuestionar el juicio de valor sobre la existencia o no de dolo o culpa grave, que es un juicio de naturaleza jurídica por más que deba sustentarse en los hechos probados (entre las más recientes, sentencias 655/2019, de 11 de diciembre, 645/2019, de 28 de noviembre, 604/2019, de 12 de noviembre, y 562/2018, de 10 de octubre).

2.ª) Como en el caso de la sentencia 572/2019, de 4 de noviembre, tampoco en este procede revisar la conclusión fáctica del tribunal sentenciador acerca de que la declaración de salud fue cumplimentada 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 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) pues esa conclusión responde a una valoración, debidamente motivada, del contenido completo del documento correspondiente.



3.ª) Tampoco cabe revisar mediante un recurso extraordinario por infracción procesal las razones jurídicas, que no fácticas, que llevan al tribunal sentenciador a reconocer eficacia jurídica a la declaración de salud contenida en la póliza, razones que además se ajustan a la doctrina jurisprudencial de 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" (sentencia 572/2019).

4.ª) Finalmente, ni la sentencia recurrida niega que el asegurado padeciera problemas articulares, determinantes de incapacidad para su trabajo pero no para todo tipo de trabajo, ni las razones por las que la sentencia descarta la prueba pretendida por el hoy recurrente mediante la fotocopia aportada en la audiencia previa tienen nada de ilógicas o arbitrarias.

Recurso de casación

Quinto.

El recurso de casación también se compone de un solo motivo, fundado en infracción del art. 10 LCS y de su jurisprudencia (cita y extracta las sentencias de 31 de diciembre de 2003, 3 de octubre de 2003, 12 de abril de 2004 y 11 de noviembre de 2003).

El recurrente alega: (i) en relación con la primera sentencia, que la jurisprudencia descarta la existencia de ocultación cuando el cuestionario es cumplimentado por un empleado (de la aseguradora o, como ha sido el caso, del banco mediador), y el asegurado se limita a firmarlo sin responder por sí mismo a las preguntas; (ii) en relación con la segunda, que no se ha probado que la causa de la incapacidad tuviera que ver con las dolencias psíquicas que la sentencia recurrida considera ocultadas por el asegurado; y (iii) en relación con las dos últimas sentencias, que no toda omisión de datos de salud entraña dolo o culpa grave, y en este caso la omisión de las dolencias o padecimientos psíquicos por las que el recurrente había acudido a consulta médica con anterioridad a la firma del seguro no permiten apreciar la existencia de dolo ni de culpa grave, porque su diagnóstico fue posterior a la fecha de suscripción del contrato y porque la jurisprudencia solo impone al asegurado el deber de declarar el riesgo que conoce, no un riesgo desconocido como el derivado de una enfermedad futura.

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que el planteamiento del recurrente no respeta los hechos probados y se apoya además en cuestiones nuevas; (ii) que la sentencia recurrida es conforme con la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS, pues valorando la prueba en su conjunto llega a la misma conclusión de la de primera instancia en cuanto a la ocultación por el asegurado de problemas de salud de los que era conocedor por haber acudido a consulta médica dos meses antes, no siendo óbice para apreciar la ocultación que "los síntomas no estuviesen englobados en un diagnóstico concreto" ni que el diagnóstico fuera posterior, ya que dichos síntomas "le impedían, sin faltar a la verdad, negar que padecía una disfunción o incapacidad alguna o, en definitiva, que su estado era bueno", así como negar que estaba recibiendo tratamiento (cita y extracta la sentencia 621/2018, de 8 de noviembre); (iii) que el cuestionario no debe revestir una forma especial para que sea válido (cita y extracta la sentencia 563/2018, de 10 de octubre, respecto de una póliza de la misma compañía); (iv) que es irrelevante quien cumplimente o rellene materialmente el cuestionario, pues lo importante es que se haga con las respuestas que facilite el asegurado/tomador (con cita también de la sentencia 563/2018, entre otras); (v) que la IPA tuvo su causa en esos problemas de tipo psíquico que fueron ocultados; y (vi) que por todo ello fue correcta la decisión de exonerar de pago a la aseguradora al incurrir el asegurado en ocultación dolosa o, al menos, gravemente negligente, de antecedentes de salud por él conocidos, por los que fue expresamente preguntado, que estaban causalmente vinculados con la enfermedad que determinó su IPA, y que por tanto tenían una influencia decisiva para que la aseguradora pudiera valorar debidamente el riesgo.

Sexto.

De la jurisprudencia de esta sala sobre el art. 10 LCS (por ejemplo, sentencias 572/2019, de 4 de noviembre, 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) 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 no presentar un cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o

ambiguo, con preguntas estereotipadas sobre la salud general del asegurado que no permitan a este vincular esas preguntas 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 facilitó las respuestas a las preguntas sobre su salud formuladas por este personal; (iii) que el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, por lo que también valen 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 las 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 datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

Séptimo.

La sentencia recurrida, en su fundamentación jurídica sobre el fondo a partir de los hechos probados, no se ajusta a la doctrina jurisprudencial expuesta por las siguientes razones:

1.ª) La aplicación de dicha jurisprudencia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario. El presente caso, dadas las circunstancias concurrentes, acreditativas no solo de la excesiva generalidad del cuestionario sino también de la ausencia de esos elementos objetivos que el asegurado tuviera que representarse necesariamente como influyentes para valorar el riesgo, coincide más con los 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, excluyentes del dolo o culpa grave del asegurado, que con los de las sentencias 572/2019, de 4 de noviembre, 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, que sí apreciaron dolo, o cuando menos culpa grave (sentencia 542/2017), atendiendo al carácter no impreciso del cuestionario -porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas- o, pese a su generalidad, a la existencia de esos "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo" (sentencia 621/2018, con cita de la 542/2017).

2.ª) Las sentencias de ambas instancias coinciden en que antes de la firma de la póliza el asegurado solo acudió a consulta por una sintomatología ansioso depresiva, que no fue diagnosticada como enfermedad hasta después de suscribirse el seguro.

3.ª) Las preguntas que se formularon al asegurado para conocer su estado de salud fueron excesivamente genéricas, estereotipadas (p.ej., si se consideraba en buen estado o si estaba o había estado enfermo, o bajo tratamiento), y ninguna de las preguntas sobre patologías concretas tenía que ver con los síntomas por los que había acudido a consulta médica apenas dos meses antes de suscribir la póliza.

4.ª) Como resolvieron, por ejemplo, las sentencias 323/2018 y 562/2018 (en el primer caso, con relación a un asegurado psiquiatra, que presentaba síntomas de alguna patología mental por la que sin embargo no fue preguntado y que tampoco había dado lugar a que se le diagnosticara ninguna enfermedad de tipo mental), el hecho de que al hoy recurrente no se le preguntara por su sintomatología mental solo es imputable a la aseguradora, y en estas circunstancias la falta de un diagnóstico concreto a la fecha de celebración del contrato, sumada a que tampoco consta que siguiera tratamiento o estuviera bajo seguimiento facultativo con anterioridad, autoriza a concluir que el asegurado no pudo representarse unos síntomas tan inespecíficos, ligados a un episodio concreto de ansiedad y depresión en un contexto de problemas laborales y familiares graves, como antecedentes médicos o problemas de salud que pudieran tener alguna influencia en el riesgo que pretendía asegurar, a diferencia del caso de la sentencia 572/2019, en el que la enfermedad causante de la IPA también fue diagnosticada después de la suscripción de la póliza y de la cumplimentación del cuestionario, pero en el que sí constaba que se le preguntó sobre un consumo habitual de alcohol que el asegurado negó y que estaba relacionado con la patología mental determinante de su invalidez.

5.ª) En definitiva, del art. 10 LCS resulta claramente que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado (en este caso, por ejemplo, la negativa a que le hubieran recomendado consultar a un médico, o la afirmativa de que su estado de salud era bueno) sino el dolo o la culpa grave, es decir, la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad.

**Octavo.**

En consecuencia, procede estimar el recurso de casación, casar la sentencia recurrida y, en funciones de instancia, estimar el recurso de apelación interpuesto por el demandante, revocar la sentencia de primera instancia y estimar íntegramente la demanda, condenando a la aseguradora demandada al exacto cumplimiento del seguro contratado.

Noveno.

Conforme al art. 398.2 LEC no procede imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación, y conforme a los arts. 398.1 y 394.1 LEC procede imponer a la parte recurrente las del recurso extraordinario por infracción procesal.

En cuanto a las costas de las instancias, conforme al art. 398.2 LEC no procede imponer a ninguna de las partes las de la segunda instancia, dado que el recurso de apelación interpuesto por el demandante tenía que haber sido estimado, y conforme al art. 394.1 LEC procede imponer a la parte demandada las costas de la primera instancia, dado que la demanda ha sido estimada en su integridad.

Décimo.

Conforme a la d. adicional 15.^a 8 LOPJ procede devolver a la parte recurrente el depósito constituido para recurrir en casación, y conforme a la d. adicional 15.^a 9 LOPJ procede la pérdida del depósito constituido para recurrir por infracción procesal.

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 interpuesto por el demandante D. Jon contra la sentencia dictada el 7 de noviembre de 2016 por la sección 4.^a de la Audiencia Provincial de Málaga en el recurso de apelación n.º 870/2014.

2.º- Estimar el recurso de casación interpuesto por dicho demandante contra la misma sentencia.

3.º- Casar la sentencia recurrida para, en su lugar y con estimación del recurso de apelación interpuesto en su día por el demandante, revocar la sentencia de primera instancia y, estimando íntegramente la demanda, condenar a la demandada a pagar a la entidad prestamista (Unicaja), en cumplimiento del seguro de créditos hipotecarios contratado con el demandante, el saldo vivo del préstamo hipotecario concertado por dicho demandante con aquella entidad y a indemnizar al demandante por el principal e intereses de dicho préstamo pagados por él desde su declaración de invalidez (1 de septiembre de 2011) más los del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro devengados por esos mismos principal e intereses satisfechos por el demandante desde su declaración de invalidez.

4.º- Imponer al recurrente las costas del recurso extraordinario por infracción procesal, no imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación ni las de la segunda instancia e imponer a la parte demandada las costas de la primera instancia.

5.º- Y devolver al recurrente el depósito constituido para recurrir en casación, con pérdida del constituido para recurrir por infracción procesal.

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

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.