

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065220

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 647/2020, de 30 de noviembre de 2020

Sala de lo Civil

Rec. n.º 3400/2017

SUMARIO:**Seguros de vida con cobertura de invalidez. Infracción del deber de declarar el riesgo. Ocultación dolosa de datos relativos a la salud de la asegurada en el cuestionario.**

De la **doctrina de esta sala sobre el art. 10 LCS** 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 por la mera circunstancia de que el cuestionario sea relleno 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 (aceptándose también como cuestionario las "declaraciones de salud" que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza); y (iv) que lo que la 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 o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

En principio, no es infundada la alegación de la recurrente de que se le formularon **preguntas excesivamente genéricas o indeterminadas**, con un margen alto de subjetividad, sin embargo, la apreciación de ocultación dolosa se funda en la concurrencia de elementos objetivos del estado de salud de la asegurada que esta conocía o no podía desconocer y que, pese a la generalidad de las preguntas, podía razonablemente entender como relevantes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo objeto de aseguramiento. En consecuencia, valorando la entidad y objetivación de sus padecimientos, previamente diagnosticados, las preguntas que se le formularon, especialmente la primera sobre si había tenido o tenía alguna limitación física, permitían más que suficientemente que la asegurada pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por ella o que pudiera conocer se referían, de modo que, al negar tales limitaciones físicas y declarar que su estado de salud era bueno, ocultó a sabiendas antecedentes de salud que impidieron a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo que aseguraba.

PRECEPTOS:

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

PONENTE:*Don Francisco Marín Castan.*

Magistrados:

Don FRANCISCO MARIN CASTAN
Don FRANCISCO JAVIER ARROYO FIESTAS
Don MARIA DE LOS ANGELES PARRA LUCAN
Don JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**TRIBUNAL SUPREMO**

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 647/2020

Fecha de sentencia: 30/11/2020

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 3400/2017

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 25/11/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Valencia, sección 7.^a

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 3400/2017

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 647/2020

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 30 de noviembre de 2020.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por la demandante D.^a Celestina, representada por la procuradora D.^a Eva Domingo Martínez bajo la dirección letrada de D. Juan Carlos López Mateo, contra la sentencia dictada el 21 de junio de 2017 por la sección 7.^a de la Audiencia Provincial de Valencia en el recurso de apelación n.º 20/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 2135/2015 del Juzgado de Primera Instancia n.º 6 de Valencia sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida. Ha sido parte recurrida la demandada, Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A., representada por la procuradora D.^a Sara Pastor Querol bajo la dirección letrada de D. Juan José Sanz Delgado.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 9 de diciembre de 2015 se presentó demanda interpuesta por D.^a Celestina contra El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A. solicitando "[...] tenga formulada DEMANDA DE JUICIO ORDINARIO contra la

aseguradora EL CORTE INGLÉS, VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S.A. en reclamación de la cantidad de NOVENTA Y DOS MIL CON CUATROCIENTOS EUROS (92.400€), y previa la tramitación legal, el Tribunal dicte sentencia por la que estimando totalmente la demanda se condene a la demandada a pagar a mi representada D^a. Celestina la citada cantidad, más los intereses del artículo 20 de la LCS y las costas".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 6 de Valencia, dando lugar a las actuaciones n.º 2135/2015 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció y se opuso a la demanda solicitando su íntegra desestimación con imposición de costas a la demandante.

Tercero.

Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, el magistrado-juez titular del mencionado juzgado dictó sentencia el 6 de septiembre de 2016 desestimando íntegramente la demanda con imposición de costas a la demandante.

Cuarto.

Interpuesto por la demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la demandada y que se tramitó con el n.º 20/2017 de la sección 7.^a de la Audiencia Provincial de Valencia, esta dictó sentencia el 21 de junio de 2017 desestimando el recurso con imposición de las costas de la segunda instancia a la apelante.

Quinto.

Contra la sentencia de segunda instancia la demandante-apelante interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala. El recurso de casación se articulaba en dos motivos con los siguientes enunciados:

"PRIMERO.- Al amparo del artículo 477-2.3º LEC, presentar la resolución de este recurso interés casacional, en cuanto a la oposición de la sentencia recurrida a la jurisprudencia del Tribunal Supremo del primer párrafo del artículo 10 en relación con el 89 ambos de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante L.C.S.), respecto a la consideración como cuestionario médico al contenido en el boletín de adhesión a la póliza colectiva, y que reproduce en el Fundamento de Derecho Tercero, a los efectos de poder calificar de dolosa o con culpa grave la actuación de la asegurada".

"SEGUNDO.- Será un segundo motivo, previsto el 477-2-3º, presentar la resolución de este recurso interés casacional, en cuanto a la oposición de la Sentencia recurrida a la jurisprudencia del Tribunal Supremo de los artículos 10 y 89, ambos de la Ley de Contrato de Seguro, respecto al desconocer la sentencia doctrina legal y jurisprudencial sobre la indisputabilidad del contrato de seguro a los efectos de que la declaración de estado de salud no fue veraz que se recoge en el Fundamento de Derecho Cuarto de la Sentencia recurrida".

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes, por auto de 11 de marzo de 2020 se acordó inadmitir el recurso extraordinario por infracción procesal y admitir únicamente el motivo primero del recurso de casación. La parte recurrida no ha presentado escrito de oposición al recurso.

Séptimo.

Por providencia de 13 de noviembre 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 25, en que ha tenido lugar mediante el sistema de videoconferencia habilitado por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO**Primero.**

El presente litigio versa sobre la reclamación de la asegurada contra su compañía de seguros tras habersele reconocido una invalidez permanente absoluta que se encontraba cubierta por el seguro concertado, reclamación que fue desestimada en ambas instancias por infracción del deber de declaración del riesgo.

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

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

1.1. El 6 de abril de 2005 D.^a Celestina se adhirió al "Seguro Colectivo de Vida y Accidentes, Pólizas n.º NUM000, NUM001 y NUM002, concertado por mediación de Centro de Seguros y Servicios, Correduría de Seguros S.A. con Seguros El Corte Inglés, Vida, Pensiones y Reaseguros, S.A." (doc. 1 de la contestación a la demanda). Según el certificado de seguro (doc. 2 de la demanda), en virtud de la primera de las pólizas (terminada en 9.101) quedaban cubiertos los riesgos de fallecimiento y de invalidez permanente absoluta de la asegurada, en este último caso con una suma asegurada de 92.400 euros para el año 2011 y en el caso de que la invalidez fuera causada por una enfermedad.

1.2. En el boletín de adhesión se incluyó un apartado, denominado "Declaraciones del solicitante", del siguiente tenor:

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

OPCIÓN DE CAPITALES ASEGURADOS:	B	PRIMA TRIMESTRAL	IMPORTE PRIMA:	33,61	EUROS
---------------------------------	---	------------------	----------------	-------	-------

EL IMPORTE DE LA PRIMA HA SIDO REDUCIDO EN CONCEPTO DE BONIFICACION COMERCIAL APLICABLE A LA PRIMERA ANUALIDAD DE SEGURO EN UN 25%. EN LAS DOS ANUALIDADES SUCESIVAS DEL SEGURO LA BONIFICACION COMERCIAL SERA DE UN 20% Y DE UN 10% RESPECTIVAMENTE SOBRE LA PRIMA.

INDIQUE SU PESO Y ESTATURA ACTUALES: PESO 45 KGS. ESTATURA 154 CMS

	SI	NO
1- ¿ HA TENDIDO O TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA O PSÍQUICA O ENFERMEDAD CRÓNICA ?		X
2- ¿ HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGUNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE HAYA REQUERIDO TRATAMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ?		X
3- ¿ SE CONSIDERA ACTUALMENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD ?	X	

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A CUALQUIERA DE LAS DOS PRIMERAS PREGUNTAS, DETALLE, CON FECHAS, A CONTINUACIÓN

Stamp: CESS, 13 APR 2005, EMERADSA

El cuestionario fue cumplimentado con las respuestas de la asegurada.

En lo que ahora interesa, del contenido de la declaración resulta que, después de consignarse el peso y la estatura de la asegurada, se le formularon un total de tres preguntas, constando al respecto que negó tanto haber tenido como tener "alguna limitación física o psíquica, o enfermedad crónica" (pregunta 1) como haber padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad o accidente que hubiera requerido tratamiento médico o intervención quirúrgica (pregunta 2), y que respondió afirmativamente a la pregunta de si se consideraba en ese momento en buen estado de salud (pregunta 3).

Sin embargo, de los antecedentes de salud de la asegurada al tiempo de contratar, que constan en su historial médico, resulta (fundamento de derecho tercero de la sentencia recurrida) que desde el año 1992 (esto es, cuando la asegurada tenía apenas 25 años de edad) padecía "dolor cervical posterior irradiado a ambos hombros" que se agudizó tras sufrir un accidente de tráfico el 18 de diciembre de 1994; que ese dolor constante motivó que fuera intervenida quirúrgicamente el 28 de septiembre de 1996 de una "cervicobraquialgia izquierda y hernia discal C-5 C-6", realizándose "microdiscectomía anterior con artrodesis utilizando injerto autólogo de cadera y fijación con placa de titanio tipo caspar y tornillos bicortiales"; que a causa de estos padecimientos estuvo de baja laboral durante largo tiempo (desde el 16 de septiembre de 1996 hasta el 8 de enero de 1999, y después desde el 24 de enero hasta el 2 de abril de 2001); que ya en 1998 la asegurada instó declaración de incapacidad al considerar su estado de salud en esa fecha como deficiente, si bien en atención al trabajo que por entonces realizaba (tareas administrativas de contabilidad) no se le reconoció la incapacidad permanente pese a reflejarse por el Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial de Valencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social un cuadro clínico residual y limitación orgánica y funcional de "hernia discal C-5 C-6, limitación de carga de objetos de

peso importante, flexión vertebral cervical mantenida"; y en fin, que como resulta de los informes del reumatólogo emitidos el 16 de diciembre de 2009 y el 1 de junio de 2010, al menos desde dos años antes de suscribir la póliza la asegurada ya sufría dolores fuertes y crónicos en cabeza, tronco y extremidades ("intenso dolor en musculatura troncozonal bilateral irradiado a la nuca, occipucio, vertex, sienes y cejas y acompañado de disestesias en cuero cabelludo y mareos", "dolor de ritmo artrósico en ambas rodillas", "dolor en caderas a la altura de ambos troncánteres mayores irradiado por cara lateral de ambos muslos hasta las rodillas") y notorias dificultades para caminar, subir y bajar escaleras, e incluso para mantenerse en pie, según resulta del diagnóstico de "trastorno estático por pies cavos cedidos y desequilibrio pelviano".

1.3. Conforme a la condición particular quinta de la póliza, los riesgos de invalidez quedaban cubiertos "en los términos especificados en los anexos correspondientes", y en el anexo específicamente aplicable a la garantía de invalidez permanente absoluta se consideraban riesgos excluidos de cobertura "Las consecuencias de enfermedad o accidente originado con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro" (art. 2 del anexo, folio 114 de las actuaciones de primera instancia).

1.4. Por resolución de la Dirección Provincial de Valencia del INSS de fecha 5 de mayo de 2011, la demandante fue declarada en situación de incapacidad permanente en grado de total.

1.5. Notificado el siniestro, la aseguradora lo rechazó por escrito de fecha 20 de junio de 2011 (doc. 3 de la demanda) por considerar que el mismo no estaba cubierto (dado que la póliza solo cubría la invalidez permanente en grado de absoluta pero no en grado de total) y, en todo caso, que la asegurada había ocultado antecedentes de salud conocidos y causalmente relacionados con la enfermedad determinante de la invalidez.

1.6. Después de desestimarse su reclamación previa en vía administrativa e interponer la asegurada recurso ante la jurisdicción social, por sentencia de fecha 3 de junio de 2013 (autos n.º 927/2011 del Juzgado de lo Social n.º 2 de Valencia) se le reconoció una invalidez permanente absoluta con origen en enfermedad común. Según los hechos probados de esta sentencia (doc. 5 de la demanda) la Sra. Celestina padecía dolencias persistentes (susceptibles de ser calificadas como un proceso "crónico e irreversible") que la limitaban funcionalmente tanto a nivel de columna vertebral como en todas sus articulaciones, con dificultad para la bipedestación mantenida e imposibilidad para realizar cualquier esfuerzo por liviano que fuese, problemas físicos que además habían causado una importante sintomatología depresiva secundaria, con problemas de atención, concentración, memoria y sueño, y una marcada ansiedad.

2. Con fecha 9 de diciembre de 2015 la asegurada promovió el presente litigio solicitando la condena de la aseguradora demandada al pago de 92.400 euros más los intereses del art. 20 LCS.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis: (i) que el siniestro estaba cubierto porque las limitaciones funcionales determinantes de su invalidez "surgieron posteriormente a la suscripción de la póliza", habida cuenta de que evolucionó sin complicaciones tras la operación quirúrgica de 1996 y de que no fue sino hasta "aproximadamente el año 2007 o 2008" cuando su cuadro clínico comenzó a complicarse; y (ii) que, en consecuencia, no había incurrido en dolo ni mala fe al contestar a las preguntas sobre su estado de salud, ni, por tanto, la aseguradora demandada podía quedar exonerada de su deber de pagar la indemnización.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando infracción de los arts. 10 y 89 LCS con base en las siguientes consideraciones: (i) la asegurada "ocultó consciente y deliberadamente" los problemas de salud que padecía desde mucho tiempo antes de suscribir la póliza, en concreto el intenso dolor que sufría desde al menos dos años antes, la intervención quirúrgica a que había sido sometida en 1996 tras sufrir un accidente de tráfico y las secuelas que le quedaron (principalmente, una discopatía degenerativa múltiple, así como diversos diagnósticos secundarios), y la cervicobraquialgia izquierda hernia discal C-5 C-6; (ii) además, el seguro excluía expresamente de cobertura las consecuencias de patologías previas; (iii) el cuestionario era válido, siendo indiferente que las respuestas se hubieran recogido a máquina, y la aseguradora no estaba obligada a realizar un reconocimiento médico a la asegurada; y (iv) en consecuencia, y por aplicación de los arts. 10 y 89 LCS, la aseguradora quedaba exonerada de pago.

4. La sentencia de primera instancia desestimó íntegramente la demanda y condenó en costas a la demandante.

En lo que interesa, sus razones fueron, en síntesis, las siguientes: (i) la prueba practicada (documental, especialmente la médica y la pericial) acreditaba que cuando suscribió el seguro litigioso la demandante tenía unos síntomas y unas patologías diagnosticadas (dolor intenso, cervicobraquialgia, hernia discal intervenida quirúrgicamente) que le provocaron unas limitaciones funcionales que no eran las que cabría esperar de una persona tan joven (35 años cuando firmó la póliza), las cuales además tenían evidente relación causal con las patologías, tanto físicas como psíquicas (depresión, fibromialgia) que determinaron el reconocimiento de su invalidez permanente en grado de absoluta; (ii) ese dolor intenso, que afectaba a diversas partes de su cuerpo, persistente a lo largo de muchos años y que le había ocasionado bajas laborales prolongadas, no podía percibirse por la demandante como baladí, ni por tanto era compatible con las respuestas dadas acerca de su estado de salud al firmar la póliza, es decir, no se compadecía con que hubiera negado padecer cualquier limitación física o psíquica o enfermedad crónica, o cualquier enfermedad o intervención quirúrgica, ni con que hubiera afirmado estar en buen estado de salud; y (iii) por tanto, la asegurada ocultó dolosamente (con mala fe) antecedentes de salud conocidos,

por los que fue preguntada y causalmente relacionados con su invalidez, lo que exoneraba de pago a la aseguradora ya que esta, de haberlos conocido, "habría indagado más en cuál era el verdadero estado de salud de la Sra. Celestina".

5. La sentencia de segunda instancia, desestimando el recurso de apelación de la demandante, confirmó la sentencia de primera instancia y condenó en costas a la apelante.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) dados los hechos probados (fundamento de derecho tercero de la sentencia recurrida), fue correcta la decisión de la sentencia apelada de apreciar ocultación dolosa de antecedentes de salud por la asegurada puesto que padecía desde varios años antes de suscribir la póliza importantes problemas de salud que fueron agravándose hasta ser causa de su invalidez; (ii) en este sentido, no solo consta que sufriera dolores intensos y persistentes en distintas zonas del cuerpo, con importantes limitaciones funcionales ("físicas o enfermedad crónica"), que no podían ser desconocidos (como la intervención quirúrgica a que fue sometida en 1996 y las secuelas -dolor crónico y limitación de la movilidad de la columna cervical- que le quedaron), sino que además, lógicamente, tales patologías tuvieron que implicar la prescripción de algún tipo de tratamiento médico; (iii) en tales circunstancias, dada la edad que tenía la demandante, su estado "no podía considerarse como de buena salud"; y (iv) fueron esos dolores crónicos -y las limitaciones inherentes- los que incidieron en el desarrollo y evolución de la fibromialgia que abocó a la incapacidad (así resulta de la sentencia laboral, en la que se citan como antecedentes de la fibromialgia "la secuela de cirugía de hernia discal cervical y discopatía degenerativa cervical y lumbar, además de la limitación que todo ello suponía para realizar esfuerzos físicos y posturas mantenidas de raquis cervical, así como la depresión que su estado físico de salud le provocaba").

6. La demandante interpuso contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal, que ha sido inadmitido, y recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, articulado en dos motivos de los que solo se ha admitido el primero. La aseguradora recurrida no ha presentado escrito de oposición al recurso

Segundo.

El motivo primero se funda en infracción del art. 10 en relación con el art. 89, ambos de la LCS, por oponerse la sentencia recurrida a la doctrina jurisprudencial sobre la infracción del deber de declarar el riesgo contenida en las sentencias de esta sala 222/2017, de 5 de abril, y 157/2016, de 16 de marzo.

En su desarrollo se alega, en síntesis: (i) que de los hechos probados no se puede inferir dolo porque no consta que en la fecha de suscribir la póliza estuviera siguiendo tratamiento físico ni mental, ni que hubiera tenido ningún accidente (salvo el sufrido en 1996, 9 años antes de firmar el seguro), ni periodos de baja médica por enfermedad vinculada a la que causó su invalidez, ni que tuviera otras secuelas que la hernia discal y cervical, las cuales, no obstante, no eran incapacitantes, por todo lo cual la asegurada no tenía por qué tener conciencia alguna de sufrir enfermedad; (ii) que las sentencias 222/2017 y 157/2016 declaran que no procede apreciar la existencia de ocultación dolosa cuando el cuestionario contiene preguntas genéricas o estereotipadas sobre el estado general de salud y no pregunta por patologías concretas relacionadas con el riesgo objeto de cobertura; y (iii) que, en consecuencia, solo la aseguradora es responsable de no someter a la asegurada a un cuestionario de salud "propriadamente dicho" que le permitiera responder no a preguntas generales, sino a "hechos o circunstancias que pudieran ser relevantes para la valoración del riesgo".

Por todo ello pide que se case la sentencia recurrida y se estime íntegramente la demanda.

Tercero.

De la doctrina de esta sala sobre el art. 10 LCS (contenida, entre otras, en las sentencias 394/2020, de 1 de julio, 390/2020, de 1 de julio, 378/2020, de 30 de junio, 345/2020, de 23 de junio, 333/2020, de 22 de junio, 7/2020, de 8 de enero, 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 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 por la mera 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 (aceptándose 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 o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro (sobre la relación de causalidad entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto se pronuncian expresamente las sentencias 345/2020, de 23 de junio y 53/2019, de 24 de enero, con cita de otras anteriores).

Cuarto.

De aplicar la jurisprudencia anteriormente expuesta al único motivo admitido del recurso se desprende que ha de ser desestimado por las siguientes razones:

1.^a) Reducida la controversia a la validez material de la declaración-cuestionario, y puesto que la aplicación de la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS ha llevado a soluciones distintas, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido, el presente caso no se corresponde con los de las sentencias que se invocan en el recurso, sino que se asemeja más a los de las sentencias 390/2020, de 1 de julio, 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), pues, como entonces, más allá del carácter genérico de las preguntas, las circunstancias concurrentes acreditan la concurrencia de elementos objetivos sobre el estado de salud de la asegurada que esta tenía que representarse necesariamente como influyentes para valorar el riesgo. La sentencia 72/2016, en un caso en el que no se le formularon al asegurado preguntas sobre una patología o enfermedad en particular, pero en el que sí se le preguntó -como este caso- si había tenido o seguía teniendo alguna limitación física o psíquica o enfermedad crónica, si había padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad o accidente que hubiera necesitado de tratamiento médico o de intervención quirúrgica y si se consideraba en ese momento en buen estado de salud, concluyó que, teniendo el asegurado antecedentes de enfermedad psíquica (depresión) que venían mereciendo atención y tratamiento continuado desde al menos doce años antes de su adhesión, nada justificaba que respondiera negativamente a la pregunta de si había tenido o tenía alguna limitación psíquica o enfermedad crónica, y menos aún que también negara haber padecido en los cinco años anteriores alguna enfermedad que precisara tratamiento médico.

2.^a) En principio, no es infundada la alegación de la recurrente de que se le formularon preguntas excesivamente genéricas o indeterminadas, con un margen alto de subjetividad, pues así lo ha declarado recientemente la sentencia 345/2020, de 23 de junio respecto del mismo cuestionario, tipo de seguro y entidad aseguradora hoy recurrida:

"En el caso presente, el cuestionario, al que fue sometida la actora, es realmente genérico e indeterminado y encierra un juicio valorativo subjetivo de la misma, en tanto en cuanto se le pregunta sobre: 1º ¿ha tenido o tiene alguna limitación física o psíquica o enfermedad crónica?; 2º ¿ha padecido en los últimos 5 años alguna enfermedad o accidente que haya requerido tratamiento médico o intervención quirúrgica) y 3º ¿se considera actualmente en buen estado de salud?, dejando al arbitrio del asegurado determinar lo que entiende por limitación física o psíquica o buen estado de salud, o de escasa significación, al requerirle, sin mayores precisiones, si en los últimos cinco años padeció alguna dolencia que requiriese atención médica, por lo que su contestación afirmativa no aporta dato relevante para la valoración del riesgo, al ser natural que tal situación se haya producido en cualquier persona".

3.^a) Sin embargo, la razón decisoria de la sentencia recurrida no se opone a la jurisprudencia de esta sala, porque la apreciación de ocultación dolosa se funda en la concurrencia de elementos objetivos del estado de salud de la asegurada que esta conocía o no podía desconocer y que, pese a la generalidad de las preguntas, podía razonablemente entender como relevantes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo objeto de aseguramiento.

Así, a diferencia del caso de la referida sentencia 345/2020 (en el que no se consideró probado que al suscribir el boletín de adhesión existieran enfermedades diagnosticadas conocidas por la asegurada), en este caso sí consta que la hoy recurrente, pese a ser una persona joven, sufría desde muchos años antes de dolores intensos que la afectaban a distintas partes del cuerpo, desde la cabeza hasta las extremidades, los cuales se agudizaron a resultas de un accidente de tráfico que la obligó a ser intervenida quirúrgicamente, y sobre todo, que tales dolores, lejos de ser meras impresiones subjetivas de la paciente, fueron médicamente considerados como síntomas de patologías concretas -principalmente a nivel cervical y de la columna vertebral- debidamente diagnosticadas en su momento (antes de firmarse la póliza), con una baja laboral de larga duración, y cuya cronificación, con las limitaciones físicas inherentes, incidió en el desarrollo y evolución de la patología (fibromialgia) que abocó a la incapacidad (como resulta de la sentencia dictada por el orden social).

De ahí que, como considera la sentencia recurrida, una persona como la asegurada, a la que se preguntó por el padecimiento de limitaciones físicas o enfermedades crónicas y por su estado general de salud, no hubiera

debido ocultar o silenciar patologías que ella misma había percibido desde tiempo antes de firmarse la póliza como incapacitantes, dado que dificultaban su movilidad en actos tan cotidianos como subir o bajar escaleras, caminar o mantenerse de pie, de modo que tenía que ser plenamente conscientes de ellas y de su relevancia para el riesgo que estaba asegurando, ni consecuentemente hubiera debido valorar su estado de salud como bueno, dada la gravedad de tales limitaciones físicas resultantes de enfermedades diagnosticadas y de su notoria incidencia en su vida diaria.

4.ª) En consecuencia, valorando la entidad y objetivación de sus padecimientos, previamente diagnosticados, las preguntas que se le formularon, especialmente la primera sobre si había tenido o tenía alguna limitación física, permitían más que suficientemente que la asegurada pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por ella o que pudiera conocer se referían, de modo que al negar tales limitaciones físicas y declarar que su estado de salud era bueno ocultó a sabiendas antecedentes de salud que impidieron a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo que aseguraba.

Quinto.

Conforme a los arts. 487.2 y 398.1 en relación con el 394.1, todos de la LEC, procede confirmar la sentencia recurrida e imponer las costas a la recurrente.

FALLO

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

1.º- Desestimar el recurso de casación interpuesto por la demandante D.ª Celestina contra la sentencia dictada el 21 de junio de 2017 por la sección 7.ª de la Audiencia Provincial de Valencia en el recurso de apelación n.º 20/2017.

2.º- Confirmar la sentencia recurrida.

3.º- E imponer las costas del recurso a la recurrente.

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

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

Así se acuerda y firma.

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