

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065227

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 661/2020, de 10 de diciembre de 2020

Sala de lo Civil

Rec. n.º 833/2018

SUMARIO:**Seguro de vida. Declaración de salud. Deber de declaración del riesgo por el asegurado. Doctrina jurisprudencial.**

La jurisprudencia viene declarando que el recurso de casación es el adecuado para plantear cuestiones jurídicas sustantivas como «la revisión de la valoración jurídica del contenido de la declaración o cuestionario de salud sobre un seguro de vida, esto es, si fue, no solo formal, sino también materialmente válido para apreciar la ocultación dolosa del riesgo por parte del asegurado».

Reclamación de la madre del asegurado fallecido contra la aseguradora de este último pidiendo el cumplimiento del contrato de seguro de vida que se encontraba en vigor al producirse el siniestro (suicidio) y desestimación por infracción del deber de declaración del riesgo por parte del asegurado.

La doctrina de esta sala sobre el art. 10 de la ley del contrato de seguro, 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 datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

Lo relevante no es que se trate de un cuestionario o de una declaración de salud, ni quién lo rellene materialmente, sino que se cumplimente con las respuestas del asegurado, y, desde la perspectiva material, que mientras la controversia sobre la validez del cuestionario en atención a su contenido y en función de las concretas circunstancias es una cuestión jurídica sustantiva susceptible de revisión en casación, por el contrario no puede discutirse en casación, por su naturaleza fáctica, ni la existencia de cuestionario o declaración de salud, ni si fue cumplimentado con las respuestas del tomador/asegurado, cuando ambos hechos hayan sido declarados probados por el tribunal sentenciador.

En este caso, al margen del carácter genérico de algunas preguntas, la realización de preguntas concretas sobre antecedentes de salud y la concurrencia de elementos objetivos que el asegurado tenía que representarse necesariamente como influyentes para valorar el riesgo. Así, aunque no se le preguntara específicamente sobre patologías de tipo mental, lo relevante es que la razón decisoria de la sentencia recurrida no se opone a la jurisprudencia, al radicar en que el asegurado faltó conscientemente a la verdad tanto al negar haber estado o seguir estando bajo tratamiento médico durante el último año como al negar haber sido hospitalizado en los últimos tres años anteriores a la firma de la póliza. El asegurado faltó a la verdad al contestar a esas dos preguntas.

PRECEPTOS:

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

PONENTE:*Don Francisco Marín Castán.*

Magistrados:

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

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 661/2020

Fecha de sentencia: 10/12/2020

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 833/2018

Fallo/Acuerto:

Fecha de Votación y Fallo: 02/12/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Oviedo, sección 5.^a

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

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 833/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

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

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 661/2020

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 10 de diciembre de 2020.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por la demandante D.^a Bernarda, representada por el procurador D. Nicanor Álvarez García bajo la dirección letrada de D. Daniel Sánchez Bayón, contra la sentencia dictada el 8 de enero de 2018 por la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Asturias en el recurso de apelación n.º 524/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 8/2017 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Pola de Lena sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida. Ha sido parte recurrida la demandada Allianz Popular Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.U., representada por la procuradora D.^a Alejandrina Martínez Fernández bajo la dirección letrada de D. Julio Antuña Noval.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 13 de enero de 2017 se presentó demanda interpuesta por D.^a Bernarda contra Allianz Popular Vida, Cía de Seguros y Reaseguros S.A.U. (antes Eurovida S.A.) solicitando se dictara sentencia por la que "se condene a la demandada Allianz Popular Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., a que abone a la actora la cantidad de 60.101,21 euros, más los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro que se devenguen desde la fecha del siniestro, si a ellos hubiere lugar; y en todo caso, los intereses procesales, todo ello con expresa condena en costas a la demandada".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Pola de Lena, dando lugar a las actuaciones n.º 8/2017 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, la jueza sustituta del mencionado juzgado dictó sentencia el 11 de octubre de 2017 con el siguiente fallo:

"Que ESTIMANDO ÍNTEGRAMENTE la demanda formulada por el Procurador Sr. Álvarez García, en nombre y representación de Doña Bernarda, contra "ALLIANZ POPULAR VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.U.", DEBO CONDENAR Y CONDENO a la demandada a abonar a la actora en la cantidad de 60.101,21 euros, más los intereses descritos en el Fundamento de Derecho Cuarto de la presente resolución.

"Con imposición a la demandada de las costas causadas en el presente procedimiento".

Cuarto.

Interpuesto por la entidad demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la demandante y que se tramitó con el n.º 524/2017 de la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Asturias, esta dictó sentencia el 8 de enero de 2018 estimando el recurso, revocando la sentencia apelada y desestimando íntegramente la demanda, sin imponer las costas de las instancias a ninguna de las partes.

Quinto.

Contra la sentencia de segunda instancia la demandante-apelada interpuso recurso de casación 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, articulado en dos motivos con los siguientes enunciados:

"MOTIVO PRIMERO DE CASACIÓN. Se denuncia la infracción por inaplicación del artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro, en relación con el artículo 89 del citado cuerpo legal".

"MOTIVO SEGUNDO DE CASACIÓN. Se denuncia la infracción por inaplicación del artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro, in fine, en relación con el artículo 89 del citado cuerpo legal".

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, el recurso fue admitido por auto de 27 de mayo de 2020, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando la íntegra desestimación del recurso de casación por causas tanto de inadmisión como de fondo, con imposición de costas a la parte recurrente.

Séptimo.

Por providencia de 16 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 2 de diciembre siguiente, 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 madre del asegurado fallecido contra la aseguradora de este último pidiendo el cumplimiento del contrato de seguro de vida que se encontraba en vigor al producirse el siniestro. La demanda fue desestimada en segunda instancia por infracción del deber de declaración del riesgo por parte del asegurado, y a esta cuestión jurídica se contrae el recurso de casación.

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 18 de abril de 2012 D. Landelino suscribió con la aseguradora Eurovida, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros (actualmente Allianz Popular Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.U., en adelante Allianz Popular o la aseguradora) una póliza de seguros anual renovable denominada "Seguro de Vida "Euroriesgo Plus"" que, entre otros riesgos, cubría el de fallecimiento del asegurado por cualquier causa con una suma de 60.101,21 euros.

1.2. En la póliza (doc. 2 de la demanda) se incluyó una "Declaración de salud" (pág. 8), cumplimentada con las respuestas del asegurado, del siguiente tenor:

En las condiciones generales de la póliza se consideraban "riesgos excluidos" de cobertura (pág. 3 de la póliza, folio 26 de las actuaciones de primera instancia) los siniestros que tuvieran su origen en "enfermedades, minusvalías o accidentes anteriores" a su entrada en vigor.

1.3. En lo que ahora interesa, del contenido de la declaración resulta que, después de consignarse el peso, la talla y la tensión arterial del asegurado, se le formularon un total de diez preguntas, constando que, tras ser expresamente preguntado al efecto, el asegurado negó tanto estar o haber estado bajo tratamiento médico durante el último año (pregunta 1) como haber sido hospitalizado en los últimos tres años (pregunta 3).

Sin embargo, consta documentalmente acreditado que con 17 años (la póliza se suscribió cuando tenía 38 años) había sido diagnosticado de esquizofrenia paranoide, que padecía trastorno de personalidad de Cluster B, que por razón de sus patologías psíquicas venía recibiendo periódicamente tratamiento médico y farmacológico (en concreto desde el año 2009 acudía mensualmente a su centro de salud para ponerse una inyección intramuscular, lo que había continuado haciendo durante al año inmediatamente anterior a la firma del seguro), que había sido ingresado en varias ocasiones, tanto en centros hospitalarios -por intentos de suicidio- como en clínicas de desintoxicación para tratar su adicción a la cocaína, y, en fin, que en los tres años anteriores a la firma de la póliza hubo al menos un ingreso hospitalario (fecha el 5 de diciembre de 2010, un año y cuatro meses antes de firmarse la póliza) por intoxicación medicamentosa con fines autolíticos.

1.4. El asegurado falleció el día 24 de marzo de 2016 (doc. 4 de la demanda) por suicidio mediante intoxicación medicamentosa (doc. 6 de la demanda).

1.5. La madre del asegurado fallecido, única heredera, comunicó el siniestro a la aseguradora, pero esta lo rechazó por escrito de fecha 28 de julio de 2016 amparándose en los arts. 10 y 89 LCS, por considerar que el fallecimiento se había producido por causa de enfermedad grave diagnosticada con anterioridad a la firma de la póliza (doc. 5 de la demanda).

2. Con fecha 13 de enero de 2017 la madre del asegurado promovió el presente litigio solicitando que se condenara a la aseguradora demandada al pago de la suma asegurada más los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro, si fueran procedentes, y los procesales en todo caso.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis: (i) que el seguro estaba vinculado a un préstamo personal y por esta razón se cumplimentó "de forma mecanografiada" por el empleado de la entidad bancaria prestamista, agente de la aseguradora, pertenecientes ambas entidades al mismo grupo empresarial, limitándose el asegurado/tomador a estampar su firma sin llegar a contestar a ninguna de las preguntas; (ii) que la aseguradora se negó a hacerse cargo del siniestro alegando que el fallecimiento traía causa de una enfermedad preexistente que fue silenciada por dolo o culpa grave del asegurado/tomador; (iii) que ciertamente el asegurado falleció por causas de etiología suicida y padecía esquizofrenia paranoide y trastorno de personalidad Cluster B, pero según un informe psiquiátrico aportado con la demanda (doc. 8) "no tenía de modo habitual conciencia de enfermedad suficiente para continuar tratamientos, seguir pautas terapéuticas, [y] entender que su trayectoria vital estaba muy alterada por la enfermedad psíquica"; y (iv) que en consecuencia no existió dolo o culpa grave del asegurado, ya

que ni siquiera era consciente de su enfermedad, sino mera negligencia de la aseguradora por formular preguntas genéricas y no específicas.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda con base en el art. 10 LCS alegando: (i) que la póliza excluía de cobertura los siniestros derivados de enfermedades preexistentes; (ii) que en este caso el asegurado ocultó dolosamente antecedentes de salud por los que fue preguntado, pues negó no solo los múltiples problemas psíquicos y de otra naturaleza que padecía desde muchos años antes (principalmente la esquizofrenia y el trastorno de la personalidad), sino también sus diversos ingresos hospitalarios por intentos de suicidio; y (iii) que aunque la demandante sostuviera, con base en el informe de un psiquiatra que no examinó a su hijo, que este no era consciente de su enfermedad, con la contestación a la demanda se adjuntaba un informe de otro psiquiatra cuyas conclusiones a ese respecto eran opuestas, pues según su parecer "no hay motivo alguno que nos permita pensar que el Sr. Landelino olvidó su ingreso citado así como los tratamientos que realizaba en el momento de cumplimentar su declaración de salud".

4. La sentencia de primera instancia estimó íntegramente la demanda y condenó en costas a la demandada.

En lo que interesa, sus razones fueron, en síntesis, las siguientes: (i) en atención a la documentación médica y a los informes contradictorios de los psiquiatras podía concluirse que, aunque el asegurado negó padecer esquizofrenia y trastorno de la personalidad, no lo hizo con la intención de ocultar dolosamente esos antecedentes de salud, pues no era consciente de su enfermedad mental y vivía en una "irrealidad"; (ii) tampoco la conducta del asegurado podía considerarse culposa aunque ocultara su ingreso hospitalario de quince meses antes de firmarse la póliza y también ocultara que acudía quincenalmente a su centro de salud para recibir una inyección intramuscular, ya que "estando ante un caso grave de esquizofrenia paranoide, unido al trastorno de la personalidad, y agravado o complicado por el consumo de cocaína, todo ello junto a los fármacos prescritos", podría haber provocado que tuviera "alterada o perturbada la memoria"; y (iii) fue la compañía aseguradora, del mismo grupo del banco prestamista, quien actuó con negligencia a la hora de recabar esos antecedentes de salud, teniendo en cuenta que el importe del préstamo era solo de 6.500 euros para un capital asegurado de 60.101,21 euros, que los empleados del banco sabían de la condición de pensionista del asegurado y conocían su edad, y, en fin, que la aseguradora disponía de los medios adecuados (como el sometimiento del asegurado a reconocimiento médico) para informarse de todo lo que fuera preciso para una exacta valoración del riesgo.

5. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación de la aseguradora, revocó la sentencia de primera instancia y desestimó la demanda, sin imponer a ninguna de las partes las costas de las instancias.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) el asegurado contestó negativamente a la pregunta de si estaba o había estado sometido a tratamiento médico durante el último año y a la pregunta de si había sido hospitalizado en los últimos tres años; (ii) sin embargo, de la documentación médica aportada resultaba, en resumen, que además de varios intentos autolíticos previos, hubo de ser hospitalizado el 5 de diciembre de 2010 por intoxicación medicamentosa con ese mismo fin, y que tras serle diagnosticada su enfermedad mental, y a consecuencia de ella, fue sometido a tratamiento médico y farmacológico, resultando que al suscribir la póliza tomaba diversos medicamentos, entre ellos el "Risperdal" (recetado en enero de 2011 y al que se hace alusión reiteradamente en diversos informes emitidos durante todo el año 2011), y que se ponía "un inyectable" cada 28 días, pues según el informe de una psiquiatra la última dosis de la que se tenía constancia se le administró el 6 de noviembre de 2012; (iii) "valorado el conjunto probatorio", incluyendo las manifestaciones de los peritos, cabe concluir "que las manifestaciones del asegurado no fueron veraces tanto en cuanto a la pregunta relativa a si seguía un tratamiento en el último año, como tampoco fue veraz la contestación a si había estado ingresado en los tres años anteriores"; y (iv) es aplicable al caso la sentencia de esta sala de 17 de febrero de 2016 referida a un seguro de vida vinculado a un préstamo, pues pese a la generalidad del cuestionario lo relevante es que venía padeciendo una patología de depresión que condujo a un trastorno bipolar por el que tuvo que ser reiteradamente atendido médicamente y fue sometido a tratamiento médico, por todo lo cual, "nada justificaba que respondiera negativamente a la pregunta de si había tenido o tenía alguna limitación psíquica o enfermedad crónica, y menos aún que negara haber padecido en los cinco años anteriores alguna enfermedad que precisara de tratamiento médico".

6. La demandante interpuso contra dicha sentencia recurso de casación por interés casacional, en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, interesando la estimación de la demanda.

7. En su oposición al recurso la aseguradora recurrida ha solicitado su desestimación por causas tanto de inadmisión como de fondo, con imposición de las costas a la recurrente.

Segundo.

El recurso se articula en dos motivos fundados en infracción de los mismos preceptos (arts. 10 y 89 LCS), por lo que van a ser examinados conjuntamente.

En el desarrollo argumental del motivo primero se alega, en síntesis: (i) que la sentencia recurrida aplica indebidamente el art. 10 LCS al otorgar eficacia liberatoria a un cuestionario de salud incompleto o impreciso que no contenía ninguna pregunta sobre la salud mental o sobre el estado psíquico o psiquiátrico del asegurado, quien

falleció por suicidio cinco años después de suscribirse el seguro y a consecuencia de un descontrol puntual en la toma de la medicación; y (ii) que según la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS, es la compañía de seguros la que asume el riesgo de no presentar el cuestionario o de hacerlo de manera incompleta (cita y extracta las sentencias de esta sala 222/2017, de 5 de abril, 157/2016, de 16 de marzo, y 669/2014, de 2 de diciembre).

En el desarrollo argumental del motivo segundo se aduce, en síntesis: (i) que la sentencia recurrida ni siquiera analiza la existencia de dolo o culpa grave, pues se limita a constatar la falta de veracidad de dos respuestas a preguntas muy genéricas, falta de veracidad que no se discutía, eludiendo resolver sobre la única cuestión verdaderamente controvertida, que es si la conducta del asegurado podía considerarse dolosa o gravemente negligente; y (ii) que, en definitiva, no bastaba con analizar si el cuestionario era o no incompleto, sino que debió analizarse si el asegurado infringió el art. 10 LCS, entendiendo la recurrente que no se vulneró en virtud de los hechos que considera más significativos, en particular que el asegurado era persona conocida en una localidad tan pequeña como Pola de Lena, que no hay prueba de que el cuestionario fuera cumplimentado con sus respuestas, que sus patologías previas, adicciones y demás problemas de salud en general eran evidentes y conocidos, y que a pesar de ello el asegurado no era consciente de su enfermedad, necesitando de la ayuda de su madre para seguir el tratamiento (cita y extracta en apoyo de su tesis las sentencias de esta sala 222/2017, de 5 de abril, y 669/2014, de 2 de diciembre).

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que el recurso incurre en causas de inadmisión, pues solo pretende que se valore nuevamente la prueba como si la casación fuera una tercera instancia, y además carece de interés casacional, ya que las sentencias que se invocan no se refieren a supuestos idénticos, además de que en estos casos no cabe una solución única sino que el sentido del fallo dependerá de las particulares circunstancias que singularizan cada pleito; y (ii) que en todo caso el recurso debe desestimarse por razones de fondo, pues además de lo dicho acerca de que no cabe plantear el recurso de casación al margen de los hechos probados (que es lo que hace la parte recurrente cuando sostiene que el cuestionario fue una mera formalidad, o que no respondió a las preguntas contenidas en el mismo, o que el asegurado tenía afectada la memoria -pese a las respuestas dadas en sentido contrario por los peritos-), se debe añadir que el asegurado, pese a sus padecimientos, tenía plena capacidad para contratar, que tampoco es cierto que la sentencia recurrida no se pronuncie sobre la existencia de dolo (debiendo haberse solicitado su aclaración si se consideraba que debió contener un pronunciamiento expreso al respecto) y, sobre todo, que la jurisprudencia aprecia la existencia de ocultación dolosa pese al carácter genérico del cuestionario en supuestos como este en el que se ocultan ingresos hospitalarios o tratamientos médicos.

Tercero.

No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la parte recurrida porque, como recientemente ha reiterado esta sala, en particular en recursos sobre el art. 10 LCS y su jurisprudencia (p.ej. sentencias 394/2020, de 1 de julio, y 572/2019, de 4 de noviembre), 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, requisitos que se cumplen en este caso porque lo que se plantea, con cita de las normas aplicables a la controversia, es el problema jurídico de 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 datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

En esta línea, en litigios sobre esta materia la jurisprudencia también viene declarando que el recurso de casación es el adecuado para plantear cuestiones jurídicas sustantivas como "la revisión de la valoración jurídica del contenido de la declaración o cuestionario de salud, esto es, si fue, no solo formal, sino también materialmente válido para apreciar la ocultación dolosa del riesgo por parte del asegurado" (sentencia 390/2020, de 1 de julio, con cita de las sentencias 37/2019, de 21 de enero, 562/2018, de 10 de octubre, 542/2017, de 4 de octubre, y 313/2014, de 18 de junio).

Cuarto.

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 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).

En consecuencia, como recuerda la ya citada sentencia 378/2020, desde la perspectiva formal lo relevante no es que se trate de un cuestionario o de una declaración de salud, ni quién lo rellene materialmente, sino que se cumplimente con las respuestas del asegurado, y, desde la perspectiva material, que mientras la controversia sobre la validez del cuestionario en atención a su contenido y en función de las concretas circunstancias es una cuestión jurídica sustantiva susceptible de revisión en casación (sentencia 7/2020), por el contrario no puede discutirse en casación, por su naturaleza fáctica, ni la existencia de cuestionario o declaración de salud, ni si fue cumplimentado con las respuestas del tomador/asegurado, cuando ambos hechos hayan sido declarados probados por el tribunal sentenciador.

Quinto.

De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta a los dos motivos del recurso se desprende que deben ser desestimados por las siguientes razones:

1.^a) Partiendo de la validez formal de la declaración de salud como cuestionario, el hecho de que fue cumplimentada con las respuestas que facilitó el propio asegurado al empleado de la entidad bancaria prestamista integra la base fáctica de la sentencia recurrida y, consecuentemente, no puede ser revisado en casación, por lo que las alegaciones de la parte recurrente negando ese dato incurren en el defecto casacional de la petición de principio o hacer supuesto de la cuestión.

2.^a) Limitada por tanto 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 se asemeja a 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 apreciaron dolo, o cuando menos culpa grave (sentencia 542/2017), pues también en este caso las circunstancias concurrentes acreditan, al margen del carácter genérico de algunas preguntas, la realización de preguntas concretas sobre antecedentes de salud y la concurrencia de elementos objetivos que el asegurado tenía que representarse necesariamente como influyentes para valorar el riesgo.

3.^a) Así, aunque no se le preguntara específicamente sobre patologías de tipo mental, lo relevante es que la razón decisoria de la sentencia recurrida no se opone a la jurisprudencia, al radicar en que el asegurado faltó conscientemente a la verdad tanto al negar haber estado o seguir estando bajo tratamiento médico durante el último año como al negar haber sido hospitalizado en los últimos tres años anteriores a la firma de la póliza, ya que de la documentación médica resultaba que, debido a las enfermedades mentales diagnosticadas muchos años antes, estuvo sometido a seguimiento facultativo (siendo tratado tanto por los servicios públicos de salud como por entidades privadas), se le prescribió tratamiento farmacológico que siguió administrándosele en los doce meses anteriores a la firma de la póliza (a comienzos de 2011 se le recetó "Risperdal", que está considerado un antipsicótico y siguió tomando durante 2011, y mensualmente se le administraban inyecciones, constanding una última dosis en fecha posterior a la firma del seguro), y fue ingresado en varias ocasiones por intentos de autolisis, una de ellas en diciembre de 2010 y, por lo tanto, dentro de los tres últimos años anteriores a la fecha de la póliza.

4.^a) En consecuencia, la sentencia recurrida es ajustada a la jurisprudencia al concluir que el asegurado faltó a la verdad al contestar a dos preguntas que permitían objetivar datos sobre su salud, como la medicación que tomaba con regularidad -que probaba el padecimiento de una enfermedad mental crónica que exigía control médico constante- o sus ingresos hospitalarios por intentos de autolisis, antecedentes ambos relevantes para la exacta valoración del riesgo de fallecimiento que, además, en este caso estaban causalmente relacionados con el siniestro, pues el fallecimiento tuvo etiología suicida por intoxicación medicamentosa. De no haberse ocultado esos datos, la aseguradora podría haber valorado exactamente la influencia que podían tener para valorar el riesgo de

fallecimiento, pues ponían de manifiesto la alta probabilidad de que los intentos de autolisis se repitieran y el asegurado pudiera acabar con su vida.

5.ª) Atendiendo, por su mayor pertinencia, a sentencias sobre patologías de tipo mental, el presente caso no guarda parangón con los de las sentencias 222/2017 (citada por la recurrente), 323/2018, 562/2018 o 333/2020. En el caso de la sentencia 222/2017, porque al hecho de que al asegurado no se le preguntara específicamente por los antecedentes de psicosis que padecía, ni por enfermedad de tipo mental, se unía que tampoco se le preguntó acerca de tratamientos médicos continuados que pudiera vincular con esas patologías. En el caso de la sentencia 323/2018, referida a un asegurado psiquiatra, porque además de que tampoco se le preguntara específicamente por su patología mental, su sintomatología carecía de un diagnóstico, mientras que en el presente caso las enfermedades mentales del asegurado (esquizofrenia y trastorno de la personalidad) fueron diagnosticadas muchos años antes de suscribir la póliza. En el caso de la sentencia 562/2018, porque no constaba que "el asegurado sufriera con anterioridad a la suscripción de la póliza y cumplimentación de la declaración de salud ninguna patología física o psíquica vinculada al consumo de drogas y médicamente diagnosticada". Y en el caso de la sentencia 333/2020, en fin, porque faltaba un diagnóstico concreto cuando se contrató el seguro y no constaba que se siguiera tratamiento o que el asegurado estuviera bajo seguimiento facultativo con anterioridad.

Por el contrario, el presente caso sí se asemeja más a los de las sentencias 72/2016 y 542/2017, que apreciaron la infracción del deber de declarar el riesgo valorando circunstancias muy similares. La sentencia 72/2016 valoró que pese al carácter genérico de algunas preguntas, sí constaba que al asegurado se le preguntó si había padecido en los últimos 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, teniendo el asegurado "antecedentes de enfermedad psíquica (depresión) que venían mereciendo atención y tratamiento continuado desde al menos doce años antes de su adhesión", por lo que no estaba justificado que respondiera negativamente a la pregunta de si había tenido o tenía alguna limitación psíquica o enfermedad crónica ni, menos aún, que también negara haber padecido en los cinco años anteriores alguna enfermedad que precisara tratamiento médico. Y la sentencia 542/2017 apreció culpa grave del asegurado porque, pese a no preguntársele por una patología o enfermedad en particular, consideró que sus reticencias no estaban justificadas al haber quedado acreditado que "aunque no fuera plenamente consciente de la concreta enfermedad que padecía o de su gravedad, indudablemente sí que era conocedor de que padecía importantes problemas de salud de presumible evolución negativa por los que había precisado consulta médica y la realización de diversas pruebas, y, por tanto, de que esos problemas eran los que le habían llevado a estar bajo tratamiento médico con "Lioresal"". Este silencio acerca del tratamiento que seguía por una patología manifestada años antes y que empeoraba progresivamente se consideró subsumible en el concepto de culpa grave como negligencia inexcusable.

6.ª) Este último razonamiento de la sentencia 542/2017 permite rechazar las objeciones de la parte hoy recurrente acerca de que su hijo no incurrió en ocultación dolosa o culposa por no ser consciente de su enfermedad mental y porque a causa de esta podía sufrir problemas de memoria. Aparte de que estos pretendidos problemas de memoria no tienen reflejo en los hechos probados, lo relevante es que la infracción del deber de declarar el riesgo no deriva de la ocultación de su enfermedad mental, pues no fue específicamente preguntado por ella, sino, como se ha dicho, de la ocultación del tratamiento y de los ingresos hospitalarios, por los que sí fue preguntado y que conocía o no podía desconocer por más que para seguir el tratamiento contara con la ayuda de su madre, ya que llevaba muchos años bajo supervisión médica y tomando medicación, y fueron muy reiterados sus intentos de autolisis con los consiguientes ingresos hospitalarios, el último de ellos solo año y medio antes de firmarse la póliza. No se puede olvidar que, pese a sus problemas de salud, el asegurado era una persona plenamente capaz, por lo que pudo contratar por sí mismo el seguro, de modo que no deja de ser un contrasentido alegar la incapacidad del asegurado para declarar válidamente sobre su salud y, al mismo tiempo, no poner en duda su capacidad para celebrar un contrato de seguro cuya eficacia no se cuestiona desde el momento que en la demanda se pide su cumplimiento.

7.ª) Con respecto al motivo segundo, lo determinante para su desestimación es que la sentencia recurrida libera de pago a la aseguradora demandada por considerar que la ocultación de los datos de salud determinaba, conforme a la jurisprudencia que cita, la aplicación del último inciso del párrafo tercero del art. 10 LCS, y por más que no precisara si la conducta del asegurado fue dolosa o gravemente culposa, lo relevante es que la apreciación de la infracción del deber de declarar el riesgo por parte del asegurado se motivó mediante las razones fácticas y jurídicas pertinentes, ajustadas a la jurisprudencia, y que esas razones descartan tanto la tesis de la hoy recurrente de que la ocultación fue una mera consecuencia de la presentación de un cuestionario/declaración de salud incompleto o genérico como de la falta de conciencia de la realidad por parte del asegurado.

Sexto.

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, que conforme a la d. adicional 15.ª 9 LOPJ perderá el depósito constituido.

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 Bernarda contra la sentencia dictada el 8 de enero de 2018 por la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Asturias en el recurso de apelación n.º 524/2017.

2.º Confirmar la sentencia recurrida.

3.º E imponer las costas a la recurrente, que perderá el depósito constituido.

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.