

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065256

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 638/2020, de 25 de noviembre de 2020

Sala de lo Civil

Rec. n.º 3834/2017

SUMARIO:

Seguro de vida con cobertura de invalidez vinculado a un préstamo hipotecario. Cuestionario de salud. Deber de declaración del riesgo. Dolo del asegurado. El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra su 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 segunda instancia por dolo del asegurado. La sala ha declarado que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación a lo que pregunte el asegurador, sobre el que 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 estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro. El asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario sea rellenado 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. Lo verdaderamente relevante para descartar la infracción del deber de declarar el riesgo por parte del tomador es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante. En el caso, hay que partir de la validez formal de la declaración de salud como cuestionario, pues fue cumplimentada con las respuestas facilitadas por el propio asegurado al empleado de la entidad bancaria prestamista. Del análisis de las preguntas del cuestionario y de las respuestas del asegurado a la luz de los antecedentes de salud por él conocidos (o que no podía razonablemente desconocer), el asegurado incurrió en dolo y, por tanto, el asegurador quedó liberado de su prestación conforme al art. 10 LCS. En relación a la pregunta sobre su estado de salud, se completó con la precisión de que no se consideraba buen estado de salud el padecimiento de determinadas enfermedades graves como el cáncer o enfermedades graves de tipo cardiovascular, pregunta esta específica a la que el asegurado también respondió negativamente pese a no poder desconocer que a consecuencia del accidente de tráfico sufrido arrastraba diversos problemas de salud entre los que destacaba una grave afección de tipo vascular del que era plenamente consciente, pues lo invocó el propio asegurado como causa invalidante al interesar el reconocimiento de su incapacidad, y que fue una de las dos causas que finalmente determinaron el reconocimiento de la IPA. Por lo tanto, omitió conscientemente un dato que la aseguradora no conocía ni podía apreciar a simple vista y que estaba causalmente relacionado con el riesgo cubierto.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), arts. 3, 10, 20 y 89.

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

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 638/2020

Fecha de sentencia: 25/11/2020

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 3834/2017

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 18/11/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Badajoz, sección 2.ª

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora María Del Carmen García Álvarez

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 3834/2017

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora María Del Carmen García Álvarez

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

SENTENCIA

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente
D. Francisco Javier Arroyo Fiestas
D. Eduardo Baena Ruíz
D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán
D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 25 de noviembre de 2020.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Juan Antonio, representado por el procurador D. Antonio María Sánchez Calvo bajo la dirección letrada de D. Ángel García Calle, contra la sentencia dictada el 6 de julio de 2017 por la sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Badajoz en el recurso de apelación n.º 316/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 701/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 7 de Badajoz sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida. Ha sido parte recurrida la demandada Caja de Seguros Reunidos, Cía de Seguros y Reaseguros S.A. (Caser), representada por el procurador D. Jorge Laguna Alonso bajo la dirección letrada de D. Antonio Ballesteros Castaños.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 14 de septiembre de 2016 se presentó demanda interpuesta por D. Juan Antonio contra Caja de Seguros Reunidos, Cía de Seguros y Reaseguros S.A., solicitando se dictara sentencia por la que "se condene a la demandada al pago de la cantidad de 35.867,15 euros, a fin de cancelar el préstamo vinculado a este seguro, entregando el sobrante, si lo hubiere se le entregue al tomador del seguro y demandante, D. Juan Antonio, en virtud

de la póliza a la que se ha hecho referencia, incrementada la citada cantidad con los intereses del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro, todo ello con expresa imposición de costas a la parte demandada".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 7 de Badajoz, dando lugar a las actuaciones n.º 701/2016 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció y se opuso a la demanda solicitando 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 13 de febrero de 2017 con el siguiente fallo:

"Que ESTIMO ÍNTEGRAMENTE LA DEMANDA interpuesta. por D. Juan Antonio, representado por el Procurador Sr. Sánchez Calvo y asistido del Letrado Sr. García Calle, frente a CASER SEGUROS, SA, representada por la Procuradora Sra. López Iglesias y defendido por el Letrado Sr. Ballesteros Castaño y, en consecuencia, CONDENO a la aseguradora demandada a abonar la cantidad de treinta y cinco mil ochocientos sesenta y siete euros con quince céntimos (35.867,15 €).

" Se imponen las costas a Caser Seguros, SA".

A petición del demandante, con fecha 9 de marzo de 2017 se dictó auto de complemento de la sentencia con la siguiente parte dispositiva:

"En el fallo debe añadirse, tras la fijación de la cantidad objeto de condena el siguiente párrafo: más los intereses del art. 20 de la LCS desde el momento del siniestro".

Cuarto.

Interpuesto por la entidad demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso el demandante y que se tramitó con el n.º 316/2017 de la sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Badajoz, esta dictó sentencia el 6 de julio de 2017 con el siguiente fallo:

"Que estimando el recurso de apelación formulado contra la sentencia de fecha de 13 de febrero de 2017 dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 7 de Badajoz, completada mediante auto de 9 de marzo de 2017, a que se contrae este rollo, debemos revocar y revocamos dicha resolución y, en su virtud, desestimando la demanda interpuesta por el procurador D. Antonio María Sánchez Calvo, en representación de D. Juan Antonio, absolvemos a la parte demandada de los pedimentos efectuados en su contra en los presentes autos.

"Y todo ello, con imposición al Sr. Juan Antonio de las costas causadas en primera instancia y sin efectuar condena de las generadas en la alzada".

Quinto.

Contra la sentencia de segunda instancia el demandante-apelado interpuso recurso de casación al amparo del ordinal 3.º del art. 477.2 LEC, por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, articulado en tres motivos con los siguientes enunciados:

"PRIMERO: Infracción de normas aplicables al supuesto objeto del procedimiento. Artículo 10 (párrafo 1º en relación con el inciso final del párrafo 3º) de la Ley de Contrato de Seguro".

"SEGUNDO.- Infracción de normas aplicables al supuesto objeto del procedimiento. Artículo 89 de la Ley de Contrato de Seguro".

"TERCERO: Infracción de jurisprudencia reiterada del Tribunal Supremo".

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 15 de enero de 2020, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando la íntegra desestimación del recurso con imposición de costas al recurrente.

Séptimo.

Por providencia de 5 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 18, 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 del asegurado contra su 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 segunda instancia por dolo del asegurado.

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

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

1.1. El 22 de diciembre de 2010 D. Juan Antonio suscribió con la aseguradora Caja de Seguros Reunidos, Cía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante Caser), una póliza de seguros (n.º NUM000) anual renovable denominada "Seguro de vida T.A.R abierto" (doc. 5 de la demanda) que, además del riesgo de fallecimiento, también cubría el de invalidez permanente absoluta, en ambos casos con una suma asegurada inicial de 45.000 euros.

El seguro estaba vinculado a un préstamo hipotecario concedido por Caja Extremadura, motivo por el cual en la póliza se designó a la prestamista como primera beneficiaria por el importe pendiente de amortizar en la fecha del siniestro, y al asegurado por el exceso de capital, en los siguientes términos:

"En caso de que el capital asegurado en el momento del siniestro exceda del saldo pendiente de amortizar del préstamo vinculado, serán beneficiarios por el exceso en caso de fallecimiento: el cónyuge del Asegurado no separado por resolución judicial; en su defecto, sus hijos por partes iguales; en su defecto, sus padres por partes iguales, y en su defecto, sus herederos.

"Por invalidez, invalidez Accidental o invalidez por Accidente de circulación: el propio Asegurado".

1.2. En las condiciones particulares de la póliza (doc. 5 de la demanda) se incluyó una "DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD" que fue cumplimentada con las respuestas del asegurado y tenía el siguiente contenido:

En la póliza se estableció, como causa de exclusión común "para todas las garantías" (pág. 3 del documento de condiciones particulares) que el siniestro se debiera a "enfermedades preexistentes al contrato, no declaradas por el asegurado".

1.3. El asegurado respondió afirmativamente a la pregunta de si se encontraba en buen estado de salud y negó padecer minusvalía física, invalidez o limitación sustancial en órganos sensoriales. No obstante, en relación con su estado de salud en el momento de suscribir la póliza consta acreditado lo siguiente:

(i) De la documentación médica aportada a las actuaciones (en particular, del informe médico pericial del Dr. Héctor que en su día se aportó en el expediente de incapacitación ante el INSS y que Caser aportó en este litigio como doc. 3 de su contestación a la demanda, así como del cuestionario cumplimentado por el Dr. Ismael con fecha 9 de octubre de 2013 a preguntas de la aseguradora -doc. 4 de la demanda-, facultativo este último que venía atendiendo al asegurado de manera habitual desde hacía tres años, y por lo tanto desde antes de que se suscribiera el seguro), se desprende que el Sr. Juan Antonio había sufrido en 2007 un TCE (traumatismo craneo encefálico) con hematoma extradural que requirió ingreso hospitalario e intervención quirúrgica en 2008 y que le causó hemiparesia derecha y, tras evolución negativa, una arteriopatía periférica con aneurisma disecante de la arteria iliaca izquierda por la que también hubo de ser intervenido quirúrgicamente en 2008, siendo esta patología (aneurisma disecante), según el Dr. Ismael, la causa determinante de su invalidez junto con una uropatía obstructiva que apareció en 2013.

(ii) El propio Sr. Juan Antonio, al solicitar su incapacidad permanente absoluta con fecha 21 de mayo de 2013, afirmó haber sufrido en marzo de 2007 un TCE por el que fue intervenido quirúrgicamente y que le provocó hemiparesia derecha, así como un aneurisma disecante intervenido en 2008, patologías que refería crónicas, sin posibilidad de tratamiento curativo y que anulaban su capacidad laboral.

(iii) Según la sentencia de primera instancia (fundamento de derecho segundo), a resultas de esas patologías previas el Sr. Juan Antonio ya padecía al firmar la póliza una ligera cojera fácilmente perceptible.

1.4. Con fecha 18 de agosto de 2013 el INSS reconoció al Sr. Juan Antonio una incapacidad permanente absoluta (IPA) derivada de enfermedad común con efectos económicos desde el 22 de mayo de 2013. Con fecha 23 de septiembre de ese mismo año el director provincial del INSS de Badajoz certificó que el Sr. Juan Antonio figuraba como titular de una prestación por IPA derivada de enfermedad común desde el 22 de mayo de 2013 (doc. 1 de la demanda).

1.5. El asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora, pero esta lo rechazó por considerar que la IPA traía causa de problemas de salud preexistentes a la firma del contrato y que el asegurado le había ocultado (doc. 2 de la demanda).

2. Con fecha 14 de septiembre de 2016 el asegurado promovió el presente litigio contra su compañía de seguros reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, que se condenara a la demandada al pago de 35.867,15 euros a fin de cancelar el préstamo hipotecario, entregando el sobrante, si lo hubiere, al demandante, todo ello más los intereses del art. 20 LCS.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis: (i) que él se había limitado a firmar un documento sin valor jurídico de cuestionario, al tratarse de un formulario que fue cumplimentado mecánicamente y no con las respuestas del asegurado; (ii) que las preguntas del cuestionario sobre sus antecedentes de salud fueron excesivamente genéricas, no "lo suficientemente profundas ni concisas" como para apreciar dolo o culpa grave del asegurado; y (iii) que en todo caso nunca ocultó a la aseguradora sus antecedentes de salud, puesto que la incapacidad reconocida en 2013 traía causa de una enfermedad común y no derivaba en ningún caso de una patología previa a la suscripción de la póliza ni vinculada al TCE que sufrió en 2007 a consecuencia de un accidente de tráfico.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en lo que ahora interesa y en síntesis, infracción del art. 10 LCS, al haber ocultado el asegurado dolosamente, o al menos con culpa grave, información conocida y relevante sobre su estado de salud que tuvo incidencia en la declaración de su IPA. En este sentido alegaba: (i) que el cuestionario de salud incluido en las condiciones particulares de la póliza había sido cumplimentado con las respuestas del asegurado, quien dijo encontrarse en buen estado de salud, no consumir medicamentos de forma regular y no haber precisado ingreso hospitalario; y (ii) que, sin embargo, de la documentación aportada en un anterior proceso civil seguido ante el Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de Badajoz (autos de juicio ordinario n.º 991/2015) resultaba que cuando el demandante contestó al cuestionario y firmó la póliza ya sufría diversas patologías de relevancia a resultas del TCE sufrido en 2007 (que en la pág. 3 de la contestación se concretaron en "Hematoma extradural intervenido en el año 2008", "Aneurisma deiliaca común disecante intervenida", "Emiparesia derecha residual", y "Prótesis aorto iliaca") las cuales le causaron importantes limitaciones orgánicas y funcionales y fueron, con el tiempo, causa de su invalidez.

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) el cuestionario no fue cumplimentado con las respuestas del asegurado sino que se rellenó por un empleado de la propia entidad financiera prestamista o de la aseguradora "de forma mecánica", al único fin de "cumplir simplemente una formalidad más"; (ii) en todo caso, el asegurado no había ocultado datos relevantes sobre su salud, puesto que sus respuestas se correspondían con la realidad salvo la dada a la pregunta tercera, ya que negó padecer minusvalía física, invalidez o limitaciones sustanciales en los órganos sensoriales a pesar de que era notorio que padecía una cojera, que por ser "visible" la aseguradora también pudo percibir; (iii) además, esa respuesta negativa del asegurado a la pregunta de si padecía una minusvalía venía motivada por la redacción confusa de la propia pregunta, que no permitía entender que se le estuviera preguntando concretamente por la cojera, lo que conducía a aplicar la doctrina contenida en la sentencia de esta sala de 2 de diciembre de 2014 que negó la existencia de ocultación dolosa en un caso similar de no inclusión en el cuestionario de preguntas sobre una discapacidad que era evidente a simple vista; y (iv) al no quedar acreditado el dolo ni la culpa grave del asegurado era de aplicación el art. 89 LCS ("incontestabilidad" de la póliza).

La sentencia fue complementada a petición de la parte demandante para incluir en la condena los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro.

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

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) ha quedado probado el dolo del asegurado, pues este firmó libremente una póliza en cuyo clausulado se incluyó una declaración de salud ("bien destacada y firmada en la parte inferior de la misma hoja") en la que se le preguntó si se encontraba en buen estado de salud, a lo que respondió afirmativamente pese a que en la pregunta se aclaraba que la respuesta no podía ser negativa si el asegurado padecía enfermedades graves, en concreto de tipo cardiovascular como era el caso, puesto que el Sr. Juan Antonio venía padeciendo desde mucho antes de firmar la póliza un aneurisma disecante iliaca izquierda que el médico que le atendía valoró como causa determinante de la IPA; y (ii) en consecuencia, la aseguradora queda liberada de su obligación de pago.

6. El demandante interpuso 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 con imposición de costas al recurrente.

Segundo.

El recurso se articula en tres motivos, si bien el tercero no es en puridad un motivo independiente ya que en el mismo tan solo se expone la jurisprudencia de esta sala que se considera infringida en relación con las normas citadas en los motivos precedentes. En consecuencia, se examinarán -y de forma conjunta además, dada su estrecha relación entre sí- los dos primeros motivos, respectivamente fundados en infracción de los arts. 10 y 89 LCS.

En el desarrollo argumental del motivo primero se alega, en síntesis: (i) que el cuestionario fue una mera formalidad, un simple trámite previo a la suscripción del préstamo, lo que explica que fuera cumplimentado mecánicamente por el empleado de la entidad bancaria sin que -como corroboró un testigo, hermano del recurrente- en ningún momento se llegaran a formular al asegurado las preguntas contenidas en el mismo; (ii) que, incluso admitiendo que sí se le formularan las preguntas, su carácter genérico, en especial la referida a si se encontraba en buen estado de salud, impide apreciar infracción del art. 10 LCS, ya que considerarse en buen estado de salud es algo subjetivo; y (iii) que no es óbice a lo anterior la pregunta precisara que no podía considerarse bien de salud quien tuviera enfermedades cardiovasculares, ya que solo se refería a las graves y no todos los aneurismas son peligrosos o graves, careciendo de gravedad el sufrido por el asegurado, como prueba el hecho de que la jurisdicción social desestimara su petición de invalidez formulada en 2012.

En el desarrollo argumental del motivo segundo se aduce, en síntesis, que al no concurrir dolo del asegurado opera la cláusula de incontestabilidad o indisputabilidad de la póliza (art. 89 LCS), puesto que la verdadera causa de la IPA reconocida en mayo de 2013 fue la uropatía obstructiva que se le diagnosticó después de la suscripción de la póliza.

En el motivo tercero se citan y extractan las sentencias de esta sala de 2 de diciembre de 2014, 17 de febrero de 2016 y 5 de abril de 2017, en relación con la infracción citada en el motivo primero, y las sentencias de 11 de junio de 2007, 4 de enero de 2008 y 15 de diciembre de 2005 respecto de la infracción invocada en el motivo segundo.

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que, partiendo del debido respeto en casación a los hechos probados, la sentencia recurrida fue conforme con la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS, toda vez que la causa de la IPA fue un aneurisma disecante de la iliaca izquierda cuyos antecedentes se remontaban a varios años antes de suscribirse el seguro, no pudiendo prevalecer frente a tales conclusiones probatorias las apreciaciones subjetivas del recurrente; (ii) que siendo de aplicación el art. 10 LCS, por existencia de ocultación dolosa, no concurre el supuesto de hecho para aplicar el art. 89 LCS, además de que la aseguradora no puede ser obligada a impugnar el contrato en el plazo de un año cuando solo tuvo conocimiento de la ocultación de los antecedentes de salud del asegurado tras declararse su invalidez tres años después de contratar el seguro; y (iii) que, en consecuencia, no se ha vulnerado la jurisprudencia que se dice infringida.

Tercero.

De la doctrina de esta sala sobre el art. 10 LCS (p.ej., sentencias 394/2020, de 1 de julio, 390/2020, de 1 de julio, 378/2020, de 30 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, por lo que también son válidas 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.

En consecuencia, y como recuerda la sentencia 378/2020:

"[...] la eficacia del cuestionario de salud a los efectos del art. 10 LCS no depende, ni de la forma que revista, ni de quien lo cumplimente materialmente (tomador o un empleado de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de ella -como ocurre normalmente con seguros vinculados a préstamos, con el personal de la entidad bancaria, a veces del mismo grupo), sino de que el cuestionario se redacte con las respuestas facilitadas por el tomador/asegurado. De manera que lo verdaderamente relevante para descartar la infracción del deber de declarar el riesgo por parte del tomador es que, "por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante" (sentencias 72/2016, de 17 de febrero; 726/2016, de 12 de diciembre; 562/2018, de 10 de octubre; y 222/2017, de 5 de abril)".

"3.- Asimismo, en relación con el respeto en casación a los hechos declarados probados en la instancia, debe tenerse presente que aunque "la controversia sobre la validez material del cuestionario en atención a su contenido es una cuestión jurídica sustantiva que únicamente puede ser examinada en casación" (sentencia 7/2020), por el contrario, no pueden ser objeto de examen en casación, ni la cuestión de si existió o no cuestionario o declaración de salud, ni la de si fue o no cumplimentado con las respuestas del tomador/asegurado, cuando ambas cuestiones hayan quedado acreditadas, en sentido afirmativo, para la sentencia recurrida. Pues, como cuestiones fácticas que son, deben respetarse las conclusiones probatorias alcanzadas a ese respecto por el tribunal de instancia".

"4.- En cuanto a la validez material del cuestionario en atención a su contenido, para apreciar la existencia de ocultación dolosa o, cuanto menos, gravemente negligente, se ha de comprobar si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían. En este caso, por la similitud de circunstancias concurrentes, debe estarse particularmente a la doctrina contenida en las citadas sentencias 37/2019, 621/2018, 563/2018, 273/2018, 542/2017, 726/2016, y 72/2016, que, como recuerda la 7/2020:

"declararon la existencia de ocultación dolosa o, cuando menos, gravemente negligente (sentencia 542/2017), atendiendo no solo al hecho de que en algunos de esos casos el cuestionario no era impreciso (porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas) sino también a que en otros casos, pese a la generalidad del cuestionario, existían 'suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar (sentencia 621/2018, con cita de la 542/2017)".

Por su parte, la sentencia 345/2020, de 23 de junio, reitera que el deber de declaración leal del art. 10 de la LCS se considera infringido cuando concurren los siguientes elementos:

"1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; 3) que el riesgo declarado sea distinto del real; 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y 6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto".

Cuarto.

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

1.^a) Hay que partir de la validez formal de la declaración de salud como cuestionario, pues que fue cumplimentada con las respuestas facilitadas por el propio asegurado al empleado de la entidad bancaria prestamista es un hecho que integra la base fáctica de la sentencia recurrida y que, consecuentemente, no puede ser revisado en casación. A estos efectos conviene destacar que se reflejan dos datos de carácter personal, como el peso y la altura del asegurado, que la jurisprudencia viene considerando indicios de que tuvieron que ser aportados por el asegurado y, por tanto, de que el cuestionario se cumplimentó con sus respuestas (en este sentido, sentencias 572/2019, 562/2018 y 542/2017).

2.^a) Centrada por tanto la controversia en casación en la validez material del cuestionario, del análisis de las preguntas del cuestionario y de las respuestas del asegurado a la luz de los antecedentes de salud por él conocidos (o que no podía razonablemente desconocer), procede concluir que el asegurado incurrió en dolo y, por tanto, que el asegurador quedó liberado de su prestación conforme al art. 10 LCS.

Es cierto que se le preguntó si se encontraba en buen estado de salud y si padecía alguna minusvalía física, invalidez o limitación sustancial de órganos sensoriales, preguntas ambas excesivamente genéricas por referirse de forma ambigua y estereotipada a la salud general del asegurado. También es cierto que en la segunda pregunta podrían darse circunstancias que permitieran calificarla de pregunta subjetiva (sentencia 345/2020, de 23 de junio) por dejar al arbitrio del asegurado qué se entiende por limitación de su capacidad, habida cuenta, además, de que en este caso difícilmente se le podía reprochar que no se considerara minusválido o incapaz al suscribir la póliza cuando la propia jurisdicción social le denegó la incapacidad tres años después.

Sin embargo, no cabe predicar lo mismo de la pregunta sobre su estado de salud, pues esta se completó con la precisión de que no se consideraba buen estado de salud el padecimiento de determinadas enfermedades graves como el cáncer, la diabetes insulino dependiente o -esto es lo relevante- enfermedades graves de tipo cardiovascular, pregunta esta específica a la que el asegurado también respondió negativamente pese a no poder desconocer que a consecuencia del accidente de tráfico sufrido en 2007 arrastraba diversos problemas de salud entre los que destacaba una grave afección de tipo vascular consistente en un aneurisma disecante de la arteria iliaca izquierda por el que tuvo que ser intervenido en 2008, del que era plenamente consciente, pues lo invocó el propio asegurado como causa invalidante al interesar en 2012 el reconocimiento de su incapacidad, y que fue una de las dos causas que finalmente determinaron el reconocimiento de la IPA en 2013.

Por lo tanto, omitió conscientemente un dato que la aseguradora no conocía ni podía apreciar a simple vista y que estaba causalmente relacionado con el riesgo cubierto.

3.ª) Como declaró la sentencia 572/2019, "al ser ajustada a derecho la apreciación de dolo por el tribunal sentenciador, no ha lugar a plantearse la aplicación del art. 89 LCS en favor del asegurado recurrente, ya que el inciso final de su párrafo primero introduce la salvedad de que "el tomador del seguro haya actuado con dolo".

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 al 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 el demandante D. Juan Antonio contra la sentencia dictada el 6 de julio de 2017 por la sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Badajoz en el recurso de apelación n.º 316/2017.

2.º- Confirmar la sentencia recurrida.

3.º- E imponer las costas al recurrente.

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

El Excmo. Sr. D. Eduardo Baena Ruiz votó en sala pero no pudo firmar por jubilación, haciéndolo en su lugar el Excmo. Sr. Presidente de la Sala D. Francisco Marín Castán.

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.