

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065813

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 785/2021, de 15 de noviembre de 2021

Sala de lo Civil

Rec. n.º 5072/2018

SUMARIO:

Seguro de vida e invalidez. Infracción del deber de declaración del riesgo. Ocultación de enfermedad mental y su tratamiento. El presente litigio versa sobre la reclamación de la asegurada contra su compañía de seguros para el cumplimiento del contrato de seguro de vida con cobertura de invalidez que se encontraba en vigor al producirse el siniestro, consistente en la declaración de incapacidad permanente absoluta de la asegurada, reduciéndose la controversia en casación a determinar si esta infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud al negar que desde mucho antes de suscribir la póliza ya padecía una depresión por la que estaba recibiendo tratamiento médico, toda vez que, al contrario que el tribunal sentenciador, la recurrente considera que dicha patología no tenía ninguna relación causal con la enfermedad mental (trastorno psicótico de tipo esquizofrénico) que determinó su invalidez. Es jurisprudencia de la sala la que declara que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado sino el dolo o la culpa grave, es decir, la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad. El incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 LCS precisa que concurren los requisitos siguientes: 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. En el caso, de la lectura de la declaración de salud resulta que la aseguradora preguntó expresamente a la asegurada si padecía depresión y si estaba bajo tratamiento, y que la hoy recurrente respondió a las dos preguntas negativamente aunque no podía desconocer que había sido diagnosticada de depresión en 2009 y que desde entonces se le había prescrito tratamiento médico y farmacológico que voluntariamente abandonó. Además, a pesar del dictamen pericial aportado con la demanda, existen diversos informes médicos que permiten vincular razonablemente los antecedentes de salud mental ocultados con las enfermedades de esta misma naturaleza que finalmente determinaron la invalidez. En definitiva, la asegurada-recurrente incurrió en dolo o, cuando menos, en la culpa grave a que se refiere el art. 10 LCS para liberar al asegurador del pago de la prestación.

PRECEPTOS:

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

Código Civil, art. 1.269.

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

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 785/2021

Fecha de sentencia: 15/11/2021

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 5072/2018

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 10/11/2021

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Cádiz, sección 2.^a

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

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 5072/2018

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

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente
D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán
D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 15 de noviembre de 2021.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por la demandante D.^a Consuelo, representada por la procuradora D.^a Montserrat Cárdenas Pérez bajo la dirección letrada de D. Francisco Javier Puyol Castro, contra la sentencia dictada el 18 de septiembre de 2018 por la sección 2.^a de la Audiencia Provincial de Cádiz en el recurso de apelación n.º 114/2018, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 710/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Cádiz sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida e invalidez. Ha sido parte recurrida la aseguradora demandada Santander Vida Seguros y Reaseguros S.A., representada por la procuradora D.^a Andrea Dorremochea Guiot bajo la dirección letrada de D. Javier Domínguez Montero.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 3 de junio de 2016 se presentó demanda interpuesta por D.^a Consuelo contra "Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora", solicitando se dictara sentencia por la que:

"1º) Se condene a la mercantil demandada a abonar a mi representada Dña. Consuelo la cuantía de CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO EUROS CON SETENTA Y SEIS CÉNTIMOS (42.898,76€), en concepto de la indemnización adeudada por invalidez permanente absoluta más los intereses que correspondan, basados en el art. 20 LCS y 251 LEC.

"2º) Se impongán expresamente las costas de este procedimiento a la demandada".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Cádiz, dando lugar a las actuaciones n.º 710/2016 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció como Aegón Santander Vida Seguros y Reaseguros (luego la demandada aclaró que con fecha 10 de febrero de 2017 pasó a denominarse Santander Vida Seguros y Reaseguros S.A.) y contestó 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 del mencionado juzgado dictó sentencia el 6 de julio de 2017 con el siguiente fallo:

"Que estimando la demanda Interpuesta por la Procuradora D^a Monserrat Cárdenas Pérez en nombre y representación de D^a Consuelo, debo condenar y condeno a Santander Vida Seguros y Reaseguros S.A. a abonar a la actora la cantidad de CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO EUROS CON SETENTA Y SEIS CÉNTIMOS (42.898,76 €), debiendo abonar la entidad aseguradora el interés legal dicha cantidad a devengar desde la fecha de producción del siniestro calculado en la forma establecida en el fundamento jurídico sexto; todo ello con imposición de las costas causadas a la parte demandada".

El fundamento de derecho sexto decía así:

"SEXTO: Que de conformidad a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, las indemnizaciones que deban satisfacer los aseguradores que hayan incurrido en mora, como sucede en el presente caso, como consecuencia de un contrato de seguro, devengará, durante los dos primeros años, un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el cincuenta por ciento, siendo término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro, y a partir de ese momento (es decir, transcurridos los dos primeros años), al tipo del 20% anual, si aquel no resulta superior".

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 114/2018 de la sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Cádiz, esta dictó sentencia el 18 de septiembre de 2018 con el siguiente fallo:

"Que ESTIMANDO el recurso de apelación formulado por el Procurador Sr. Lepiani Velázquez en representación de la entidad aseguradora Santander Seguros y Reaseguros frente a la Sentencia dictada en estas actuaciones, por el Ilmo. Sr. Magistrado Juez de Primera Instancia N^o 1 de Cádiz, y con revocación de la expresada resolución, debemos desestimar la demanda formulada por doña Consuelo, frente a la entidad aseguradora demandada, imponiéndose las costas procesales de la primera instancia a la parte demandante.

" No se hace especial pronunciamiento de las costas procesales de segunda instancia".

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, compuesto de un solo motivo fundado en infracción de los arts. 89 y 10 LCS y 1269 CC. En su encabezamiento se resumía la infracción denunciada en los siguientes términos:

"Las consecuencias de un impreciso, confuso, genérico, abstracto, o incompleto cuestionario de salud, para la valoración del riesgo, no puede dar lugar a que la Entidad aseguradora, alegando que se ocultaron datos, se libre de abonar la indemnización, por incumplimiento doloso del tomador del seguro. Debiendo ser la Entidad aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario de salud y las consecuencias de tal imprecisión. Cuando además la patología que ha sufrido la tomadora por la que fue declarada la Invalidez permanente absoluta, no viene recogida en el cuestionario de salud".

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes, el recurso fue admitido por auto de 10 de marzo de 2021, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición

solicitando la íntegra desestimación del recurso por causas tanto de inadmisión como de fondo, con imposición de costas a la recurrente.

Séptimo.

Por providencia de 20 de octubre del corriente año se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 10 de noviembre siguiente, en que ha tenido lugar por 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 para el cumplimiento del contrato de seguro de vida con cobertura de invalidez que se encontraba en vigor al producirse el siniestro, consistente en la declaración de incapacidad permanente absoluta (IPA) de la asegurada, reduciéndose la controversia en casación a determinar si esta infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud al negar que desde mucho antes de suscribir la póliza ya padecía una depresión por la que estaba recibiendo tratamiento médico, toda vez que, al contrario que el tribunal sentenciador, la recurrente considera que dicha patología no tenía ninguna relación causal con la enfermedad mental (trastorno psicótico de tipo esquizofrénico) que determinó su invalidez.

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 24 de julio de 2012, D.^a Consuelo suscribió con Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora S.A. (actualmente, Santander Vida Seguros y Reaseguros S.A., en adelante la aseguradora) una póliza de seguros anual renovable denominada "Plan Protección 40x2%" (docs. 2 a 5 de la demanda y 3 de la contestación) que, además del riesgo de fallecimiento, cubría el de invalidez permanente absoluta, en ambos casos con una suma asegurada inicial de 42.898,76 euros.

El seguro, de protección de créditos, estaba vinculado a un contrato de préstamo suscrito con la entidad Banco Santander S.A., que actuó como mediadora.

1.2. Tanto en el documento de solicitud del seguro, de fecha 19 de julio de 2012, como en la póliza, se incluyó una "DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD", que fue cumplimentada por la asegurada y tenía el siguiente contenido:

1. Padece o ha padecido: infarto, angina de pecho, arritmias cardíacas, accidente cerebro-vascular, trombosis o embolias cerebrales, diabetes, depresión, cáncer u otro tipo de afección maligna, o tiene Ud. concedida o en trámite una minusvalía superior al 33%?
 SI NO
Cuál?..... Desde cuándo?.....

2. Ha sido sometido en los últimos 7 años o va a serlo próximamente a: intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodíalisis, o ha interrumpido su actividad laboral por accidente o enfermedad durante un período superior a 20 días en los últimos 3 años?
 SI NO
Cuál?..... Desde cuándo?.....

3. Se encuentra actualmente en tratamiento médico?
 SI NO
Fecha...../...../..... Motivo..... Resultado.....

4. Ha sido diagnosticado y/o tratado de la enfermedad de obesidad?
 SI NO

5. En caso de haber contestado afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores le rogamos que amplíe la información con fechas, resultados, situación actual.

1.3. Además, en la póliza se estableció, como causa de exclusión de la garantía de invalidez:

"(4) las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, aunque se hayan declarado, salvo que expresamente se admita inclusión en las condiciones particulares del plan".

1.4. Al ser expresamente preguntada al efecto en la referida declaración de salud, la asegurada negó padecer depresión (pregunta 1) y estar bajo tratamiento médico (pregunta 3).

No obstante, en relación con sus antecedentes de salud en el momento de suscribir la póliza, consta acreditado (en particular, por los informes médicos emitidos por la unidad de salud mental del Hospital Universitario Puerta del Mar y por la unidad de hospitalización del Hospital Universitario de Puerto Real, y a través de los antecedentes médicos reflejados en los informes y dictámenes administrativos) que sufría padecimientos de tipo mental "desde infancia" (folio 30 de las actuaciones de primera instancia) o al menos "desde hace años" (folio 27); que por ese motivo estuvo bajo consulta "desde los 11 años aunque de forma muy irregular" (folio 28); que sufrió trastornos alimentarios durante su adolescencia y fue consumidora de tóxicos (cocaína y cannabis); que las consultas en salud mental -psiquiatría y psicología- se reiniciaron de forma programada en 2009, cuando contaba menos de 30 años de edad, a raíz de "importante labilidad afectiva, rabia intensa, ansiedad (predominio persecutorio), con sentimientos acusados de minusvalía e impotencia tras ruptura traumática de pareja"; que a tenor de estos síntomas fue diagnosticada de "cuadro depresivo en trastorno de personalidad. Iniciando tratamiento farmacológico con AD, así como psicoterapéutico centrado en sus rasgos disfuncionales de personalidad", abandonando sus sesiones en junio de 2010 (folio 30); que en febrero de 2012 (informe de psiquiatría) fue diagnosticada de "trastorno esquizo-afectivo vs esquizofrenia paranoide. Trastorno de la personalidad" (folio 23, doc. 7 de la demanda), y que tras el fallecimiento inesperado de su madre en mayo de 2012 acudió de nuevo a consulta en octubre de 2012, por "síntomas afectivos relacionados con la pérdida" (duelo), que evolucionaron negativamente hacia "ansiedad paranoide, síntomas disociativos, confusa ideación hipocondriaca, labilidad afectiva, abandono de actividades, descuido en su higiene personal".

1.5. Tras iniciar baja laboral en agosto de 2012, con fecha 24 de junio de 2013 el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección Provincial del INSS de Cádiz emitió dictamen propuesta calificando a la Sra. Consuelo de "trabajador incapacitado permanentemente en grado de absoluta" a causa de enfermedad común (folio 119), y por resolución de 26 de julio de 2013 se le reconoció con efectos económicos una incapacidad permanente absoluta (IPA) (folio 125). Con fecha 28 de enero de 2015 se emitió dictamen-propuesta por el EVI de dicha dirección provincial (doc. 6 de la demanda) considerando a la Sra. Consuelo en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta para toda clase de trabajos derivada de enfermedad común. Por resolución de revisión de oficio de fecha 30 de enero de 2015 se acordó "confirmar la calificación anterior" (folio 151).

1.6. La asegurada comunicó el siniestro a la aseguradora, pero esta lo rechazó por carta de 17 de junio de 2015 al considerar que la IPA traía causa de problemas de salud preexistentes a la firma del contrato y que la asegurada le había ocultado (doc. 9 de la demanda, folio 39 de las actuaciones de primera instancia).

2. Con fecha 3 de junio de 2016 la asegurada 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 42.898,76 euros más los intereses del art. 20 LCS.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis, que la aseguradora debía hacerse cargo del siniestro porque la asegurada en ningún momento ocultó a la aseguradora antecedentes de salud causalmente relacionados con la enfermedad determinante de su invalidez, ya que según el informe pericial psiquiátrico que se acompañaba con la demanda (doc. 10, folios 40 y siguientes de las actuaciones de primera instancia), la causa de la IPA fue un "trastorno psicótico de tipo esquizofrénico" cuyo "factor desencadenante-precipitante" fue el fallecimiento de la madre de la asegurada y no el trastorno de personalidad que tenía diagnosticado previamente (2009), pues hasta la muerte de su madre la paciente se encontraba bien y no había precisado tratamiento.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que la asegurada había infringido el art. 10 LCS, al haber ocultado dolosamente información conocida y relevante sobre su estado de salud, por la que fue expresamente preguntada y que tuvo incidencia en la declaración de su IPA, en concreto por haber negado padecer depresión (pregunta 1 del cuestionario) a pesar de que en 2009 fue diagnosticada de "trastorno depresivo" y de "trastorno esquizo-afectivo vs esquizofrenia paranoide" (págs. 1 y 3 del informe médico de síntesis aportado con la demanda), y a pesar de la existencia de otro informe de 18 de enero de 2013 en el que se hacía constar que la paciente sufría desde hacía cinco meses (es decir, al menos desde julio de 2012) "ansiedad paranoide", resultando de toda la documentación médica, en contra de lo sostenido en la demanda, que el fallecimiento de la madre de la asegurada no fue el factor desencadenante de sus problemas de salud mental, sino que estos eran anteriores y contaban con diagnóstico y tratamiento "continuo y duradero en el tiempo" en fecha anterior a la contratación del seguro; y (iii) que, además, en la póliza se incluyó como causa de exclusión de la garantía de invalidez que esta trajera causa de enfermedad anterior a la firma de la póliza.

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

Razonó, en síntesis, lo siguiente: (i) pese a ser cierto que la aseguradora ocultó -cuando fue preguntada al efecto sobre si había padecido depresión- que había sido diagnosticada de trastorno depresivo en 2009, no obstante esta patología, según la pericial aportada con la demanda, no tenía relación causal con la enfermedad que determinó su IPA, puesto que la paciente se encontraba bien de salud, sin tratamiento, y con buen funcionamiento socio-familiar hasta que se produjo el fallecimiento de su madre en mayo de 2012, fecha en la que aparecieron los síntomas cuya evolución negativa determinó su ingreso hospitalario en octubre de 2013 y el diagnóstico de trastorno psicótico de tipo esquizofrénico; y (ii) que el caso presentaba analogías con el resuelto por la sentencia de esta sala 222/2017, de 5 de abril, ya que, aunque la asegurada también contestó entonces negativamente a la pregunta de si padecía depresión, de ello no podía deducirse que hubiera ocultado datos de salud relevantes para la valoración del riesgo, "pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectantes a la salud mental ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con los antecedentes de enfermedad mental que condujeron finalmente a la incapacidad, y en consecuencia, ha de ser la entidad aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario de salud y la consecuencia de que por tal imprecisión no llegar a conocer el estado de salud de la asegurada en el momento de suscribir la póliza, sin que pueda apreciarse incumplimiento doloso por el tomador del seguro del deber de declaración del riesgo que permita liberar a la aseguradora del pago de la prestación reclamada con base en los artículos 10 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro".

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, imponiendo las costas de la primera instancia a la demandante y sin imponer a ninguna de las partes las de la segunda instancia.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) la asegurada faltó a la verdad cuando negó haber sufrido depresión y estar sometida a tratamiento médico, "pues padecía una enfermedad mental aunque posteriormente se agravase con el fallecimiento de su madre"; (ii) la asegurada ocultó la existencia de tratamiento médico desde los 11 años y que padecía depresión, siendo atendida posteriormente en 2009 y en 2012, cuando su cuadro se agravó con el fallecimiento de su madre; y (iii) por tanto, infringió el art. 10 LCS (con cita de la sentencia de esta sala de 17 de febrero de 2016), ya que "estas negativas de la parte actora a reconocer que había sufrido depresión y que tenía tratamiento médico constituyen dolo o culpa grave que exonera al asegurador del pago de su contraprestación".

6. La demandante interpuso recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala sobre la validez material del cuestionario, interesando la estimación de la demanda.

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

Segundo.

El único motivo del recurso se funda en infracción de los arts. 10 y 89 LCS y 1269 CC, y en su desarrollo argumental se alega, en síntesis: (i) que según la jurisprudencia (se citan y extractan las sentencias 222/2017 y 157/2016) la aseguradora debe soportar las consecuencias de la presentación de un cuestionario de salud incompleto, excesivamente genérico o impreciso, como fue el caso, ya que no se preguntó a la asegurada por la patología causalmente determinante de la IPA, que no fue la depresión diagnosticada en 2009; y (ii) que consecuencia de aplicar esta jurisprudencia es que la asegurada no infringió su deber de declarar el riesgo, pues la patología de tipo mental que padecía desde 2009 no fue la que causó su IPA, sino que esta trajo causa de la situación originada con el fallecimiento de su madre.

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que es inadmisibile por carencia manifiesta de fundamento e inexistencia de interés casacional, dado que la controversia se plantea al margen de los hechos probados, de manera que lo que realmente encierra el motivo es la mera disconformidad de la recurrente con la valoración probatoria; y (ii) que en todo caso debe ser desestimado, porque mientras la recurrente hace supuesto de la cuestión al partir de un hecho no probado (que el cuestionario es impreciso y que, siendo así, ha de ser la aseguradora la que soporte las consecuencias de tal supuesta imprecisión), por el contrario la sentencia recurrida aplica correctamente los arts. 10 y 89 LCS a los hechos probados, toda vez que de estos resulta que las preguntas del cuestionario no fueron genéricas sino que se preguntó a la asegurada expresamente sobre enfermedades concretas, en particular sobre la depresión, así como sobre si recibía tratamiento, a lo que respondió en ambos casos negativamente pese a que "conocía de sobra que había sido diagnosticada de depresión y que había iniciado tratamiento por primera vez a los once años".

Tercero.

No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la aseguradora porque, como ha reiterado esta sala al conocer de recursos sobre el art. 10 LCS y su jurisprudencia (p.ej. sentencias 235/2021, de 29 de abril, 108/2021, de 1 de marzo, 661/2020, de 10 de diciembre, y 639/2020, de 25 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 fundamentalmente en casación, con cita de las normas aplicables a la controversia (art. 10 LCS) y pleno respeto a los hechos probados, es una cuestión exclusivamente jurídica consistente en que ha de ser la aseguradora la que soporte la falta de idoneidad de un cuestionario que según la recurrente no permitía a la compañía valorar adecuadamente el riesgo, y todo ello ha permitido a esta sala identificar ese problema jurídico y a la parte recurrida oponerse al recurso.

Cuarto.

Como recuerda la sentencia 235/2021, de 29 de abril:

"De la muy copiosa jurisprudencia de esta sala sobre la interpretación del art. 10 LCS (p. ej., sentencias 661/2020, de 10 de diciembre, 647/2020, de 30 de noviembre, y 639/2020 y 638/2020, estas dos últimas de 25 de noviembre, y 611/2020, de 11 de noviembre) resulta especialmente de interés para el presente recurso lo siguiente: (i) 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; y (ii) 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.

"La sentencia 611/2020, con cita de las sentencias 333/2020, de 22 de junio, y 345/2020, de 23 de junio, reitera, en primer lugar, que del art. 10 LCS resulta claramente que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado sino el dolo o la culpa grave, es decir, "la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad", y en segundo lugar, en cuanto a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto, que como resulta de la 345/2020, y de las sentencias 562/2018, de 10 de octubre, 307/2004, de 21 de abril, y 119/2004, de 19 de febrero, el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 LCS precisa que concurren los requisitos siguientes:

"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".

Quinto.

De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta al único motivo del recurso se desprende que debe ser desestimado por las siguientes razones:

1.^a) La referida jurisprudencia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario. En especial, de las sentencias sobre casos de ocultación de patologías de tipo mental como la depresión (sentencias 67/2014, de 14 de febrero, 72/2016, de 17 de febrero, 222/2017 -citada por la recurrente y mencionada por la sentencia de primera instancia-, 323/2018, de 30 de mayo, 621/2018, de 8 de noviembre, 661/2020, de 10 de diciembre, y 333/2020, de 22 de junio), se puede concluir que el presente caso, dadas las circunstancias concurrentes, se corresponde con los de las sentencias 67/2014, 72/2016, 621/2018 y 661/2020, que sí apreciaron infracción del deber de declaración del riesgo en virtud del carácter no impreciso del cuestionario -porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas-, pese a su generalidad, en virtud de la existencia de "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo" (sentencia 621/2018).

2.^a) Así, de la propia lectura de la declaración de salud resulta que la aseguradora preguntó expresamente a la asegurada si padecía depresión y si estaba bajo tratamiento, y que la hoy recurrente respondió a las dos preguntas negativamente aunque no podía desconocer (pues se trataba de una paciente con problemas de salud mental desde la infancia, que había acudido en multitud de ocasiones a consulta de especialistas por ese motivo, con numerosos episodios de ansiedad paranoide, somatización de enfermedades, cambios de humor o baja

autoestima) que había sido diagnosticada de depresión en 2009 y que desde entonces se le había prescrito tratamiento médico (psicoterapéutico) y farmacológico (antidepresivos), que voluntariamente abandonó. Además, a pesar del dictamen pericial aportado con la demanda, existen diversos informes médicos que permiten vincular razonablemente los antecedentes de salud mental ocultados con la enfermedad o enfermedades de esta misma naturaleza que finalmente determinaron la invalidez, como el informe de la Dra. Bernarda, del que resulta que la ansiedad paranoide fue uno de los síntomas determinantes de que la paciente acudiera en 2009 a consultas programadas de psicología y psiquiatría; el informe de psiquiatría de 20 de febrero de 2012, en el que ya consta un diagnóstico de trastorno esquizo-afectivo vs esquizofrenia paranoide y trastorno de la personalidad; y en fin, el emitido por la Dra. Claudia con fecha 1 de abril de 2015, que considera que el trastorno de la personalidad no comenzó con el fallecimiento de la madre de la Sra. Consuelo sino que solo se vio acentuado por ese motivo.

En estas circunstancias, tal y como declaró la referida sentencia 67/2017, no cabe apreciar conducta negligente en la aseguradora por el hecho de no efectuar un control médico para verificar posibles enfermedades porque, dado el silencio de la asegurada sobre los citados antecedentes de salud mental por los que fue preguntada, no podía exigirse a la aseguradora "una búsqueda sin meta sobre las posibles enfermedades pues dadas las respuestas negativas al cuestionario era someter a la asegurada a una investigación "in genere".

3.ª) Este conjunto de circunstancias descartan que en el presente caso sea aplicable la solución dada por las sentencias 222/2017, 323/2018 y 333/2020, ya que la primera se refiere a un caso en el que no se preguntó si la tomadora padecía enfermedad o patología afectante a su salud mental ni si recibía tratamiento continuado, la segunda a un caso en el que tampoco se formuló pregunta concreta sobre alguna patología mental que el asegurado (psiquiatra) pudiera vincular con sus padecimientos, además de emplearse en el cuestionario un adjetivo dotado de subjetividad ("relevante"), y la tercera a un caso en el que sí se preguntó al asegurado sobre sus antecedentes por sintomatología ansioso depresiva pero en el que no constaba diagnóstico previo a la suscripción de la póliza.

4ª) En definitiva, la asegurada-recurrente incurrió en dolo o, cuando menos, en la culpa grave a que se refiere el art. 10 LCS para liberar al asegurador del pago de la prestación.

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 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 la demandante D.ª Consuelo contra la sentencia dictada el 18 de septiembre de 2018 por la sección 2.ª de la Audiencia Provincial de Cádiz en el recurso de apelación n.º 114/2018.

2.º- Confirmar la sentencia recurrida.

3.º- E imponer las costas al 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.