

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065906

TRIBUNAL SUPREMO*Sentencia 839/2021, de 2 de diciembre de 2021**Sala de lo Civil**Rec. n.º 5323/2018***SUMARIO:**

Seguro de vida e invalidez. Deber de declaración del riesgo. *En los seguros de personas el tomador no tiene obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud 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 que se encontraba en vigor al producirse el siniestro, consistente en la declaración de incapacidad permanente absoluta (IPA) del asegurado, reduciéndose la controversia en casación a determinar si infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud por el hecho de ocultar antecedentes de salud previos a la suscripción de la póliza que, en contra del criterio del tribunal sentenciador, la aseguradora-recurrente considera que sí tuvieron relación causal con las patologías determinantes de dicha invalidez, así como a determinar si el asegurado vulneró su deber de comunicar cualquier circunstancia ulterior sobre su salud determinante de una agravación del riesgo inicial. El deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de 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. 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. En los seguros de personas el tomador no tiene obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo. La sala desestima el recurso de casación de la aseguradora al entender que, aunque existió ocultación de patologías de tipo traumatológico y de sus consiguientes cirugías y periodos de baja, por las que el asegurado fue expresamente preguntado y cuya realidad conocía, lo relevante para excluir la infracción del deber de declaración del riesgo, es que dichas patologías no fueron la causa de la cardiopatía isquémica crónica que se diagnosticó al asegurado casi ocho años después de suscribir la póliza y que fue la razón de que se revisara el grado de invalidez y de que se le reconociera la absoluta. Asimismo, la sentencia recurrida es conforme con la jurisprudencia que interpretaba el art. 11 LCS para los seguros de personas en su redacción aplicable al caso. En este sentido, la póliza cubría el riesgo complementario de invalidez permanente absoluta del asegurado por el que se reclama, cualquiera que fuera su causa y sin otra excepción que la exclusión de invalideces causadas por enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, lo que no puede afirmarse de la cardiopatía, porque su diagnóstico fue muy posterior. En estas circunstancias, la posterior aparición de una enfermedad invalidante no puede considerarse como circunstancia que agravase el riesgo asegurado sino como un empeoramiento del estado de salud inicial constitutivo del riesgo mismo asegurado.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), arts. 10, 11, 12 y 20.

PONENTE:*Don Francisco Marín Castán.*

Magistrados:

Don FRANCISCO MARIN CASTAN
Don MARIA DE LOS ANGELES PARRA LUCAN
Don JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG
Don ANTONIO GARCIA MARTINEZ

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 839/2021

Fecha de sentencia: 02/12/2021

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 5323/2018

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 24/11/2021

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Lugo, sección 1.^a

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

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 5323/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

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

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 839/2021

Excmos. Sres. y Excmo. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Antonio García Martínez

En Madrid, a 2 de diciembre de 2021.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por la entidad demandada Santa Lucía S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.^a Patricia Gómez Martínez bajo la dirección letrada de D. Cristóbal Luque Soriano, contra la sentencia dictada el 15 de octubre de 2018 por la sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Lugo en el recurso de apelación n.º 672/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 538/2014 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Lugo sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida e invalidez. Ha sido parte recurrida el demandante D. Luis Antonio, representado por la procuradora D.^a María José Arias Regueira bajo la dirección letrada de D. Pablo Manuel Viño Prieto.

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

ANTECEDENTES DE HECHO**Primero.**

El 9 de mayo de 2014 se presentó demanda interpuesta por D. Luis Antonio contra Santa Lucía S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, solicitando se dictara sentencia por la que "se condene á demandada a aboar a don Luis Antonio a cantidade de 74.112,60 € (SETENTA E CATRO CENTO DOCE EUROS SESENTA CÉNTIMOS) en cumprimento do pactado na póliza de Seguro de vida NUM000 para a continxencia de Invalidez permanente absoluta. Subsidiariamente, para o suposto en que non sexa recoñecido o petitum anterior, interesa ao dereito do meu patrocinado sexa condenada á entidade SANTALUCÍA S.A.; COMPAÑÍA DE SEGUROS a aboar ó Sr. Luis Antonio a cantidade de 60.000€ (SESENTA MIL EUROS) en concepto de principal, ou subsidiariamente a que resultase da aplicación da regra do infraseguros, tal como prevén o artigo 10.3 da LCS, en calquera dos supostos xunto coa aplicación de xuros recollidos art. 20 da LCS así como a imposición das custas causadas en virtude da aplicación do principio do vencemento".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Lugo, dando lugar a las actuaciones n.º 538/2014 de juicio ordinario, y emplazada la entidad demandada, esta compareció y contestó 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 juez sustituta del mencionado juzgado dictó sentencia el 30 de agosto de 2017 con el siguiente fallo:

"ESTIMANDO íntegramente la demanda interpuesta por la procuradora doña M^a José Arias Regueira en nombre y representación de don Luis Antonio frente a la entidad SANTA LUCÍA, S.A, COMPAÑÍA DE SEGUROS; debo condenar y condeno a la demandada a que abone a don Luis Antonio la cantidad de 74.112,60 euros con los intereses a que se hace referencia en el fundamento jurídico quinto.

"Se imponen las costas procesales a la parte demandada".

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 672/2017 de la sección 1.ª de la Audiencia Provincial de Lugo, esta dictó sentencia el 15 de octubre de 2018 desestimando el recurso y confirmando la sentencia apelada con imposición de costas a la parte apelante.

Quinto.

Contra la sentencia de segunda instancia la demandada-apelante 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: AL AMPARO DEL ART. 477. 2.3º, POR VULNERACIÓN DEL ART. 10 DE LA LCS Y LA JURISPRUDENCIA QUE LO INTERPRETA, EN EL SENTIDO DE QUE LA SENTENCIA RECURRIDA DESESTIMA LOS MOTIVOS DE OPOSICIÓN AL ENTENDER QUE NO EXISTE DOLO O CULPA GRAVE EN LAS OCULTACIONES CONSTATADAS EN LOS AUTOS, VULNERÁNDOSE LA JURISPRUDENCIA DE LA SALA QUE LO INTERPRETA".

"MOTIVO SEGUNDO: AL AMPARO DEL ART. 477. 2.3º, POR VULNERACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 11 Y 12 DE LA LCS Y LA JURISPRUDENCIA QUE LO INTERPRETA, EN EL SENTIDO DE QUE LA SENTENCIA RECURRIDA DESESTIMA LOS MOTIVOS DE OPOSICIÓN AL ENTENDER QUE NO SE DAN LAS PREMISAS LEGALES PARA SU APLICACIÓN Y, CON ELLO, ESTÁ VULNERÁNDOSE LA JURISPRUDENCIA DE LA SALA QUE LO INTERPRETA"

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes, el recurso fue admitido por auto de 7 de abril de 2021, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando

la inadmisión del recurso, o en todo caso su desestimación, con imposición de costas al recurrente "en virtud del criterio objetivo del vencimiento".

Séptimo.

Por providencia de 29 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 24 de noviembre siguiente, en que ha tenido lugar.

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 que se encontraba en vigor al producirse el siniestro, consistente en la declaración de incapacidad permanente absoluta (IPA) del asegurado, reduciéndose la controversia en casación a determinar si infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud por el hecho de ocultar antecedentes de salud previos a la suscripción de la póliza que, en contra del criterio del tribunal sentenciador, la aseguradora-recurrente considera que sí tuvieron relación causal con las patologías determinantes de dicha invalidez, así como a determinar si el asegurado vulneró su deber de comunicar cualquier circunstancia ulterior sobre su salud determinante de una agravación del riesgo inicial.

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 3 de marzo de 2004, D. Luis Antonio suscribió con Santa Lucía S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, una póliza de seguros anual renovable (póliza n.º NUM000) que, además del riesgo de fallecimiento, cubría el complementario de invalidez permanente absoluta con una suma asegurada inicial de 60.000 euros (docs. 3 de la demanda y 2 de la contestación).

1.2. En el documento "de solicitud de seguro y cuestionario" (doc. 2 de la contestación, folios 95 y 95 vuelto de las actuaciones de primera instancia) se incluyó una declaración del estado de salud del asegurado que no se discute fue cumplimentada con las respuestas de este y que tenía el siguiente contenido:

DECLARACIONES DEL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO

ISO SE CONSIDERARÁN COMO CONTESTACIONES LOS SIGNOS O RAYAS.

Luis Antonio

1. HISTORIAL CLINICO PERSONAL:

1.1 Estatura que tiene (descalzo) cm. 175 Peso (vestido) 90 Kgs. CONTESTACIONES

1.2 ¿Padece o ha padecido usted:

a. Del sistema nervioso, sensorio o inmunológico, de los órganos respiratorios, el corazón o sistema vascular, aparato digestivo, los riñones, el hígado, los huesos o las articulaciones, los ojos, los oídos, la sangre, la piel o alteraciones o enfermedades mentales? NO

b. Alguna enfermedad grave, tal como diabetes, gota, hipotensión, alcoholismo, anemia, epilepsia, parálisis, tumores o cáncer, o cualquier otra no citada? NO

1.3 ¿En los últimos cinco años se ha visto obligado a interrumpir su trabajo por un plazo superior a 15 días? NO

1.4 ¿Recibe actualmente tratamiento médico? NO

1.5 ¿Ha sido operado alguna vez o ha recibido transfusiones de sangre por cualquier motivo? NO

1.6 ¿Ha sido sometido a pruebas médicas especiales (scanner, de funcionamiento renal, de hepatitis, de SIDA, etc.)? NO

1.7 ¿Tiene intención de operarse próximamente o tiene alguna limitación física, funcional o secuela como consecuencia de accidente, enfermedad o de nacimiento? NO

1.8 ¿Han padecido, padece(n) o han fallecido sus padres de enfermedades mentales, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares o renales, hipotensión, epilepsia o púrpura edematosa familiar? SI

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detalle a continuación los siguientes datos:

Contestación afirmativa a la pregunta nº	Nombre de la enfermedad y tipo de operación, accidente o limitación física	Edad en que la padece	Fecha de la operación	Número de ataques	Duración	Resultado, estado actual y secuelas
<u>1.8</u>	<u>Cáncer Gástrico (padre)</u>	<u>50</u>				<u>Fallecido</u>

1.9 ¿Se encuentra usted actualmente en perfecto estado de salud y en plena capacidad para el trabajo? SI
En caso negativo, detállese la causa

1.10 SEAO FEMENINO, N° de hijos, N° de abortos, Fecha del último, ¿Está embarazada?, Meses.

2. HABITOS, DEPORTES Y OTROS DATOS:

2.1 ¿Cuánto fuma al día? NO fuma Si no fuma, ¿antes fumaba? NO ¿Cigarrillo? NO ¿hasta qué fecha?

2.2 ¿Qué cantidad consume { diariamente de vino? NO bebe cerveza? NO bebe licor? NO bebe los fines de semana de: cerveza? NO bebe licor? NO bebe

2.3 ¿Hace o ha hecho uso de sedativos o drogas? NO En caso afirmativo, ¿cuáles, motivo y hasta cuándo?

2.4 ¿Qué deportes practica usted? Ciclismo de paseo ¿Como aficionado o como profesional? como aficionado ¿Participa en competiciones? NO

2.5 ¿Tiene ya concertado o en tramitación algún seguro de vida con ésta u otra entidad? NO En caso afirmativo, indique la entidad, modalidad, capital asegurado y fecha de contratación o solicitud

2.6 ¿Le ha sido rechazado, rescindido o admitido con sobrepeso algún seguro sobre su vida? NO En caso afirmativo, indique la circunstancia rechazada, rescindida o admitida con sobrepeso, la entidad y las causas

3. DATOS PROFESIONALES

3.1 ¿En la empresa donde trabaja se utiliza alta tensión, se almacenan o manipulan abrasivos, materias explosivas o radioactivas, ácidos o plomo? NO En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Las utiliza o manipula personalmente? NO En caso afirmativo, ¿cuáles?

3.2 ¿Realiza su trabajo en obras o le obliga a subir a tejados, andamios, postes o antenas, o bajo tierra, en minas, túneles o pozos? En caso afirmativo, ¿en cuáles?

4. AMPLIACION DE DECLARACIONES

practico pocos en bicicleta en sus ratos libres pero eso es muy poco frecuente.

De conformidad con la legislación vigente, el Tomador del seguro/Asegurado queda informado y consiente que los datos de carácter personal contenidos en el presente documento sean incluidos en un fichero, para los fines propios del contrato de seguro, liquidación de siniestros, realizar estudios de técnica aseguradora y selección de riesgos. SANTA LUCIA S.A., podrá remitirle información sobre otros productos y servicios propios de la Compañía. Se le informa, además, de su derecho de oposición, acceso, cancelación y rectificación de los citados datos de carácter personal, que se tratarán confidencialmente.

El Tomador del seguro/Asegurado declara que las respuestas contenidas en esta solicitud-cuestionario son verdaderas y se compromete a comunicar al Asegurador cualquier variación que pudiera producirse respecto a lo declarado con posterioridad a la firma de la presente solicitud, ya que ello podría constituir una modificación o agravación del riesgo del que solicita cobertura. Asimismo queda enterado que las garantías del seguro objeto de esta solicitud entrarán en vigor en la hora y fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que haya sido firmada por ambas partes contratantes y pagado el primer recibo.

FIRMA DEL TOMADOR DEL SEGURO

Luis el día 18 de Febrero de 2004

FIRMA DEL ASEGURADO

DECLARACIONES DEL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO

(NO SE CONSIDERARÁN COMO CONTESTACIONES LOS SIGNOS O RAYAS)

Luis Antonio

1. HISTORIAL CLÍNICO PERSONAL:

- 1.1 Estatura que tiene (descalzado) cms. 175 Peso (vestido) 90 Kgs. CONTESTACIONES
- 1.2 ¿Padece o ha padecido usted:
- a) Del sistema nervioso, urinario o inmunológico, de los órganos respiratorios, el corazón o sistema vascular, aparato digestivo, los riñones, el hígado, los huesos o las articulaciones, los ojos, los oídos, la sangre, la piel o alteraciones o enfermedades mentales? NO
 - b) Alguna enfermedad grave, tal como diabetes, gta, hipertensión, alcoholismo, anemia, epilepsia, parálisis, tumores o cáncer, o cualquier otra no citada? NO
- 1.3 ¿En los últimos cinco años se ha visto obligado a interrumpir su trabajo por un plazo superior a 15 días? NO
- 1.4 ¿Recibe actualmente tratamiento médico? NO
- 1.5 ¿Ha sido operado alguna vez o ha recibido transfusiones de sangre por cualquier motivo? NO
- 1.6 ¿Ha sido sometido a pruebas médicas especiales (scanner, de funcionamiento renal, de hepatitis, de SIDA, etc.)? NO
- 1.7 ¿Tiene intención de operarse próximamente o tiene alguna limitación física, funcional o secuela como consecuencia de accidente, enfermedad o de nacimiento? NO
- 1.8 ¿Han padecido, padecen o han fallecido sus padres de enfermedades mentales, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares o renales, hipertensión, epilepsia o poliposis edematosa tumbal? SI
- Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detalle a continuación los siguientes datos:
- | Contestación afirmativa a la pregunta nº | Nombre de la enfermedad y tipo de operación, accidente o limitación física | Edad en que la padeció | Fecha de la operación | Número de ataques | Duración | Resultado actual y secuelas |
|--|--|------------------------|-----------------------|-------------------|----------|-----------------------------|
| <u>1.8</u> | <u>Cáncer (padre)</u> | <u>50</u> | | | | <u>Fallecido</u> |
- 1.9 ¿Se encuentra usted actualmente en perfecto estado de salud y en plena capacidad para el trabajo? SI
En caso negativo, detállase la causa.
- 1.10 SEXO: FEMENINO: N° de hijos: _____ N° de abortos: _____ Fecha del último: _____ ¿Está embarazada? _____ Meses: _____

2. HABITOS, DEPORTES Y OTROS DATOS:

- 2.1 ¿Cuánto fuma al día? NO fuma Si no fuma, ¿antes fumaba? NO ¿Cuánto? _____ ¿Hasta qué fecha? _____
- 2.2 ¿Qué cantidad consume:
 { diariamente de vino? NO bebe cerveza? NO bebe licorés? NO bebe
 { los fines de semana de: cerveza? NO bebe licorés? NO bebe
- 2.3 ¿Hace o ha hecho uso de sedantes o drogas? NO En caso afirmativo, ¿cuáles, motivo y hasta cuándo?
- 2.4 ¿Qué deportes practica usted? Equitación de paseo
 ¿Como aficionado o como profesional? como aficionado ¿Participa en competiciones? NO
- 2.5 ¿Tiene ya concertado o en tramitación algún seguro de vida con esta u otra entidad? NO En caso afirmativo, indique la entidad, modalidad, capital asegurado y fecha de contratación o solicitud.
- 2.6 ¿Le ha sido rechazado, rescindido o admitido con sobreprima algún seguro sobre su vida? NO En caso afirmativo, indique la circunstancia (rechazado, rescindido o admitido con sobreprima), la entidad y las causas.

3. DATOS PROFESIONALES

- 3.1 ¿En la empresa donde trabaja se utiliza alta tensión, se almacenan o manipulan abrasivos, materias explosivas o radioactivas, ácidos o plomo? NO En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
- ¿Las utiliza o manipula personalmente? NO En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
- 3.2 ¿Realiza su trabajo en obras o le obliga a subir a tejados, andamios, postes o antenas, o bajo tierra, en minas, túneles o pozos? _____ En caso afirmativo, ¿en cuáles? _____

4. AMPLIACION DE DECLARACIONES

propio para en el estado en sus datos bebe para con muy para frecuencia.

De conformidad con la legislación vigente, el Tomador del seguro/Asegurado queda informado y consiente que los datos de carácter personal contenidos en el presente documento sean incluidos en un fichero, para los fines propios del contrato de seguro, liquidación de siniestros, realizar estudios de técnica aseguradora y selección de riesgos. SANTA LUCIA S.A., podrá remitirle información sobre otros productos y servicios propios de la Compañía. Se le informa, además, de su derecho de oposición, acceso, cancelación y rectificación de los citados datos de carácter personal, que se tratarán confidencialmente.

El Tomador del seguro/Asegurado declara que las respuestas contenidas en esta solicitud-cuestionario son verdaderas y se compromete a comunicar al Asegurador cualquier variación que pudiera producirse respecto a lo declarado con posterioridad a la firma de la presente solicitud, ya que ello podría constituir una modificación o agravación del riesgo del que solicita cobertura. Asimismo queda enterado que las garantías del seguro objeto de esta solicitud entrarán en vigor en la hora y fecha que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que haya sido firmada por ambas partes contratantes y pagado el primer recibo.

FIRMA DEL TOMADOR DEL SEGURO: [Firma] el día 18 de Febrero de 2004 FIRMAS DEL ASEGURADO

1.3. Además, en las condiciones particulares de la póliza (pág. 4) se estableció como causa de exclusión de la garantía de invalidez ("Artículo 4.º RIESGOS EXCLUIDOS"):

"[...]"

"g) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro".

1.4. Del contenido de la citada declaración resulta que el asegurado, tras ser expresamente preguntado, negó haber padecido o padecer de "los huesos o las articulaciones" (pregunta 1.2 a), haber estado de baja laboral por un plazo superior a 15 días en los últimos 5 años (pregunta 1.3) y haber sido operado alguna vez (pregunta 1.5), todo ello pese a que la documentación médica aportada a las actuaciones y el informe pericial médico-forense reflejan que en diciembre de 2002, tras caerse de un camión, sufrió fractura del 1/3 medio del fémur derecho y del escafoide carpiano izquierdo y fue operado por la rotura del fémur; que por retraso en la consolidación de la fractura en el fémur precisó de nueva cirugía en mayo de 2003; que a resultas de un accidente laboral ocurrido en julio de 2003 sufrió lesiones diagnosticadas como "disociación escapulotorácica izquierda parcial" y fractura de su clavícula izquierda que precisaron tratamiento quirúrgico con osteosíntesis y posterior rehabilitación; y que en noviembre de ese mismo año 2003 se le diagnosticó "pseudoartrosis séptica de clavícula izquierda" que requirió de nueva cirugía.

1.5. En enero de 2012 fue diagnosticado de cardiopatía isquémica crónica. A propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección Provincial del INSS de Lugo, con fecha 15 de junio de 2012 este organismo resolvió revisar la incapacidad en grado de permanente total (IPT) que le había sido anteriormente reconocida (en junio de 2004) y reconocer al Sr. Luis Antonio una IPA a causa de enfermedad común (doc. 5 de la demanda, folios 24 y 25 de las actuaciones de primera instancia) que, según el EVI, tenía su causa en el siguiente cuadro clínico:

"Antecedentes de fractura de clavícula izquierda en 2004, actualmente presenta en enero- 2012 cardiopatía isquémica (STENT en DA proximal), insuficiencia cardiaca aguda, edema agudo de pulmón resuelto, disfunción sistólica conserva, implante de DAI bicameral en marzo-2012. Propuesta trasplante cardiaco".

1.6. En esa fecha (junio de 2012) el capital revalorizado para la garantía de IPA era de 74.112,60 euros (folio 23 de las actuaciones de primera instancia).

1.7. A principios de julio de 2012 el asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora (doc. 6 de la demanda, folio 26 de las actuaciones de primera instancia), pero esta lo rechazó por carta de fecha 12 de abril de 2013 (doc. 5 de la contestación, folio 99 de las actuaciones de primera instancia) por considerar que la IPA traía causa de problemas de salud preexistentes a la firma del contrato (en concreto, los referidos traumatismos en fémur y clavícula izquierda que precisaron intervención quirúrgica con la consiguiente baja laboral) que el asegurado le había ocultado.

1.8. La aseguradora giró recibo para el cobro de la prima correspondiente a la anualidad marzo 2013-marzo 2014, esto es, la siguiente a la del año en que se produjo el siniestro (doc. 7 de la demanda, folio 29 de las actuaciones de primera instancia).

2. A comienzos de mayo de 2014 el asegurado promovió el presente litigio contra su compañía de seguros reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, pidiendo con carácter principal que se condenara a la demandada al pago de 74.112,60 euros más los intereses del art. 20 LCS. Subsidiariamente solicitó la cantidad de 60.000 euros o la que resultara de la aplicación de la regla del infraseguro, en todo caso con los referidos intereses de demora.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis, que la aseguradora debía hacerse cargo del siniestro porque la IPA era una de las garantías cubiertas por el seguro suscrito y el asegurado en ningún momento ocultó a la aseguradora antecedentes de salud causalmente relacionados con las patologías de tipo cardiaco determinantes de su invalidez.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que el asegurado había infringido el art. 10 LCS, por dolo o al menos culpa grave, al contestar negativamente a las preguntas del cuestionario, ocultando con ello que antes de firmar la póliza ya sufría problemas de salud de tipo traumatológico (en concreto, una fractura de fémur y otra de clavícula izquierda, por las que hubo de ser operado en más de una ocasión, por las que estuvo de baja y que, en el caso de la lesión de clavícula, le dejaron secuelas) que no podía desconocer y que tuvieron incidencia en la declaración de su IPA; y (ii) que el asegurado también había infringido los arts. 11 y 12 LCS, porque fueron esas patologías previas ocultadas y sus secuelas las que dieron lugar a que antes de que transcurriera un año de la contratación del seguro se reconociera al asegurado una IPT que no fue comunicada a la compañía pese a implicar un incremento del riesgo asegurado, lo que exoneraba de pago a la aseguradora.

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

Razonó, en síntesis, que la única cuestión controvertida era la relativa a si el asegurado-demandante había infringido o no el art. 10 LCS y que los hechos probados (en especial, el informe forense emitido por D.^a Eloisa) impedían apreciar dicha infracción, pues la IPA traía causa de unos problemas de salud de tipo cardíaco que no tenían relación causal con los traumatismos que padeció el asegurado en fecha anterior a la firma de la póliza (según la forense, "la fractura del 1/3 medio del fémur derecho y la fractura de escafoides carpiano, así como el traumatismo de hemicintura escapular izquierda no tienen ninguna relación con la cardiopatía isquémica crónica. A la vista de la documentación clínica aportada, no figura secuelas derivadas de los traumatismos, que pudieran ocasionar una invalidez permanente absoluta").

5. La sentencia de segunda instancia, desestimando el recurso de apelación de la aseguradora demandada, confirmó la sentencia apelada con imposición de costas a la apelante.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) aunque el asegurado fue intervenido quirúrgicamente por traumatismos en fémur y clavícula con anterioridad a firmar la póliza y contestar al cuestionario, "encontrándose de baja al tiempo de la contratación, se trata sin embargo de omisiones o inexactitudes al responder al cuestionario de salud que no consta acreditado que hayan incidido en la posterior dolencia que motivó la declaración de invalidez permanente absoluta contratada en la póliza"; (ii) según la jurisprudencia, las meras inexactitudes en que pueda incurrirse al contestar al cuestionario "que no son causales con el motivo de la declaración de invalidez no pueden considerarse como dolo o culpa grave"; (iii) la aseguradora tiene la carga de probar la relación causal entre los antecedentes de salud ocultados y la enfermedad determinante de la IPA, y en este caso no ha probado dicha relación causal, pues aunque la resolución del INSS menciona como antecedente la fractura de clavícula, "sin embargo, lo que creemos que motivó la declaración de invalidez absoluta (y no rebatido por la aseguradora) fue que en enero de 2012 presentaba el mismo cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca aguda, edema agudo de pulmón resuelto, disfunción sistólica, implante de DAI bicameral en marzo de 2012. Y propuesta de trasplante cardíaco", conclusión que comparte la forense al desvincular los traumatismos en fémur y clavícula de la patología cardíaca determinante de la invalidez; (iv) con respecto a la supuesta infracción de los arts. 11 y 12 LCS, sobre lo que nada razonó la sentencia apelada y que debería haber llevado a la aseguradora a solicitar el complemento de la sentencia (lo que no hizo), por ser posible resolver en apelación sobre dicha cuestión tras haberse dado a las partes plazo de alegaciones acerca de la posible nulidad de la sentencia apelada, no se aprecia infracción alguna de los mencionados preceptos porque el art. 12 LCS exige mala fe del asegurado y esta no se ha probado, porque en este caso lo que se reprocha es la no comunicación al asegurador de la IPT de fecha 24 de junio de 2004, pese a lo dicho sobre la falta de relación causal entre los padecimientos que dieron lugar a dicha invalidez y los que dieron lugar a la IPA por la que se reclama, porque en ningún momento el asegurador consideró relevante para determinar el riesgo asegurado y contratar el seguro el hecho de que el asegurado fuera a solicitar algún tipo de pensión a la SS y, en fin, porque el art. 11 LCS ha sido reformado por la d. final 1.2. de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (no aplicable ratio tempore) en el sentido de acoger el criterio de parte de los tribunales de relativizar el deber de comunicar las circunstancias agravantes del riesgo en el ámbito de los seguros de personas, dado que "el empeoramiento de la salud es un hecho consustancial al riesgo y previsible por la aseguradora"; y (v) como argumento dialéctico pero ilustrativo, pese a conocer la aseguradora la existencia del siniestro consta en autos que emitió un nuevo recibo de prima con vigencia del 3 de marzo de 2013 al 3 de marzo de 2014 y capital revalorizado.

6. La demandada interpuso recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala sobre infracción del deber de declarar el riesgo (motivo primero) y del deber de comunicar la agravación del riesgo (motivo segundo), interesando la desestimación de la demanda.

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

Segundo.

El motivo primero del recurso se funda en infracción del art. 10 LCS y en su desarrollo argumental se alega, en síntesis: (i) que al cumplimentar el cuestionario el asegurado ocultó patologías que afectaban al núcleo esencial del riesgo complementario de invalidez objeto de cobertura, las cuales, de haberlas conocido la aseguradora, habrían influido en su decisión de contratar; (ii) que esas patologías determinaron que al suscribir la póliza llevara un año de baja y que poco después de contratar el seguro solicitara y se le reconociera una IPT; (iii) que para apreciar la infracción del art. 10 LCS es irrelevante que los antecedentes de salud ocultados tuvieran o no relación con la cardiopatía isquémica crónica que sirvió de base para solicitar posteriormente la revisión del grado de invalidez y que determinó que se le reconociera la IPA; (iv) que conforme a la jurisprudencia (se citan y extractan las sentencias de esta sala de 4 de octubre de 2017, 12 de diciembre de 2016, 17 de febrero de 2016, 2 de diciembre de 2014 y 4 de diciembre de 2014), "lo verdaderamente importante a la hora de entenderse infringido el deber de declaración es que la discordancia sea relevante...entendiéndose jurisprudencialmente la existencia de dolo o culpa grave cuando queda marcada una reticencia en la omisión de hechos, influyentes y determinantes para la conclusión del contrato"; y (v) que la sentencia recurrida se opone a esta doctrina jurisprudencial al despojar de importancia a

las ocultaciones por su falta de relación causal con la enfermedad que determinó la IPA, y no tomar en cuenta a este respecto que tanto el informe médico de síntesis como el dictamen propuesta del EVI que sirvieron de base a la revisión del grado de invalidez aludían como causa a la existencia de una IPT por fractura de clavícula izquierda complicada con pseudoartrosis y lesión del nervio supraescapular izquierdo, todo lo cual significa que el asegurado ocultó patologías previas y un periodo prolongado de baja por las que fue preguntado y que a la postre fueron las que determinaron el reconocimiento de la IPT que sirvió de base a la definitiva IPA.

El motivo segundo se funda en infracción de los arts. 11 y 12 LCS, y en su desarrollo argumental se alega, en síntesis: (i) que no se discute que el asegurado ocultó a la aseguradora una IPT que le fue reconocida a los tres meses de suscribir el seguro con base en patologías que ya padecía al contratarlo, teniendo esa IPT una influencia notable en el riesgo asegurado; (ii) que, por tanto, el asegurado vulneró el deber que le impone el art. 11 LCS y la jurisprudencia que lo interpreta (se citan y extractan las sentencias de 18 de julio de 2012, 4 de enero de 2008 y 20 de julio de 2000) de comunicar a su compañía de seguros, en el plazo de un año contado desde la suscripción de la póliza, lo que sin duda constituía no un mero deterioro posterior de su salud, sino un verdadero agravamiento del riesgo asegurado; y (iii) que según el art. 12 LCS, la consecuencia de haberse infringido el art. 11 LCS es que la aseguradora quede exonerada de pago y que, por tanto, deba desestimarse la demanda.

El demandante-recurrido se ha opuesto a ambos motivos alegando, en síntesis: (i) que son inadmisibles por inexistencia de interés casacional, dado que la controversia se plantea al margen de los hechos probados, de manera que lo que realmente encierran los motivos es la mera disconformidad de la recurrente con la valoración probatoria; y (ii) que en todo caso los motivos deben ser desestimados, en cuanto al motivo primero porque la sentencia recurrida aplica correctamente la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS a los hechos probados, cuya revisión es lo único que se pretende, ya que los antecedentes de salud omitidos "no mantienen un nexo causal con el resultado indemnizable, que ha sido una invalidez como consecuencia de "cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca aguda", y en cuanto al motivo segundo porque la jurisprudencia sigue el criterio (finalmente acogido por la reforma del art. 11 LCS de 2015) de relativizar el deber de comunicación de las circunstancias agravantes del riesgo en el ámbito de los seguros de personas dado que el empeoramiento del estado de salud es entendido como algo consustancial al riesgo y previsible por la aseguradora, porque el cuestionario no contenía ninguna pregunta sobre la incapacidad permanente, de modo que su falta de concreción debe operar en perjuicio de la aseguradora, pues esta debe soportar las consecuencias de un cuestionario ambiguo o genérico, y porque además la aseguradora giró recibo para el cobro de la prima después de conocer la existencia del siniestro.

Tercero.

No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la aseguradora porque, como ha reiterado esta sala en 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 y pleno respeto a los hechos probados, son dos cuestiones exclusivamente jurídicas consistentes en la existencia de nexo causal entre las patologías ocultadas y la determinante de la IPA por la que se reclama, y en la apreciación o no de circunstancias determinantes de la agravación del riesgo inicial que obligaran al asegurado a su comunicación a la aseguradora, todo lo cual ha permitido a esta sala identificar dichos problemas jurídicos y a la parte recurrida oponerse a ambos motivos del recurso.

Cuarto.

Sobre el deber de declarar el riesgo del art. 10 LCS y su infracción, la citada sentencia 235/2021 (como se dirá, dictada en un caso sustancialmente semejante) recuerda con valor de síntesis jurisprudencial lo siguiente:

"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".

En cuanto a la interpretación jurisprudencial del art. 11 LCS, según redacción vigente a la fecha del siniestro (anterior a su reforma de 2015), en cuya virtud el tomador o el asegurado tienen el deber de comunicar "todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas", del cuerpo de doctrina sentado por las sentencias 757/2000, de 20 de julio (citada por la 53/2019, de 24 de enero), 469/1997, de 31 de mayo, y 1373/2007, de 4 de enero de 2008 (estas dos últimas citadas por la 515/2012, de 18 de julio), resulta, en lo que ahora interesa: (i) que el fundamento de dicho deber es que el estado de cosas existente al tiempo del contrato que condicionan su configuración puede verse alterado por circunstancias de diversa índole que pueden implicar un aumento de los riesgos y con ello desequilibrar, en perjuicio del acreedor, la situación inicialmente prevista, estando obligado el tomador o el asegurado a hacérselas saber al asegurador, dado que no hacerlo así posibilita, según el art. 12 LCS, que este quede liberado de su obligación de pago, si concurriera mala fe, o que pueda reducir proporcionalmente la indemnización a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo (sentencia 757/2000); (ii) que ha de tenerse en cuenta la clase de seguro para determinar cuáles son las circunstancias agravatorias del riesgo (sentencia 469/1997), pues, p.ej., el deber que impone el art. 11 LCS está sometido en el seguro de vida a determinadas limitaciones -no abarca el agravamiento de la salud del asegurado y ha de tratarse de circunstancias que determinen un incremento del riesgo, por tanto de circunstancias no concurrentes en el momento de la perfección del contrato - (sentencia 1373/2007); y (iii) que por esta razón, en el seguro de vida para caso de fallecimiento, si el riesgo cubierto es la muerte del asegurado por cualquier causa, no estableciéndose en el clausulado de la póliza ninguna excepción, "la posterior aparición o descubrimiento en el asegurado de una enfermedad con resultado letal, no puede considerarse como circunstancia que agrava el riesgo asegurado, "el fallecimiento por cualquier causa", al tratarse de un seguro de vida para caso de muerte; otra cosa iría contra el propio contenido contractual ya que en todos los supuestos de enfermedad más o menos grave del asegurado se concedería al asegurador una facultad de modificación del contrato o de rescisión del mismo, con lo que se frustraría, en perjuicio del asegurado, la finalidad del contrato que no fue otra sino que la de cubrir el riesgo de muerte "por cualquier causa" en los términos pactados" (sentencia 469/1997, de 31 de mayo, citada a su vez por la sentencia 481/2007, de 11 de mayo, que en la misma línea y con cita también de la sentencia 128/2005, de 4 de marzo, declara que "el estado de salud debe declararse por el asegurado al formular su solicitud si lo exige el asegurador, y entonces la enfermedad posterior no sería ya agravación del riesgo sino el riesgo mismo").

Este tratamiento distinto del deber de comunicar la agravación del riesgo en los seguros de personas, fundado en que el empeoramiento del estado de salud del asegurado no constituye una agravación del riesgo, ha dado lugar a que en 2015 se reformara el art. 11 LCS pasando a tener la siguiente redacción:

"2. En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo".

Quinto.

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

1.^a) En cuanto al motivo primero, porque aunque existió ocultación de patologías de tipo traumatológico (esencialmente fracturas de fémur y clavícula) y de sus consiguientes cirugías y periodos de baja, por las que el

asegurado fue expresamente preguntado y cuya realidad conocía o no podía razonablemente desconocer al haber sido diagnosticadas años antes, lo relevante para excluir la infracción del art. 10 LCS es que dichas patologías no fueron la causa de la cardiopatía isquémica crónica que se diagnosticó al asegurado casi ocho años después de suscribir la póliza y que fue la razón de que se revisara el grado de invalidez y de que se le reconociera la absoluta. Este fue el criterio seguido en un caso semejante por la citada sentencia 235/2021, al descartar que los antecedentes de salud no declarados (de hipertensión arterial y colesterol) tuvieran relación causal con la cardiopatía isquémica (como en este caso, no diagnosticada cuando se suscribió la póliza) que provocó su fallecimiento. A estos efectos conviene puntualizar que en los informes clínicos de 16 de mayo de 2003 y 21 de septiembre de 2004, relativos a los padecimientos traumatológicos del demandante y próximos a la fecha de suscripción de la póliza, se reseñó "No enfermedades de interés".

2.ª) En cuanto al motivo segundo, porque la sentencia recurrida es conforme con la jurisprudencia que interpretaba el art. 11 LCS para los seguros de personas en su redacción aplicable al caso. En este sentido: (i) la póliza cubría el riesgo complementario de invalidez permanente absoluta del asegurado por el que se reclama, cualquiera que fuera su causa y sin otra excepción que la exclusión de invalideces causadas por enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, lo que no puede afirmarse de la cardiopatía, porque su diagnóstico fue muy posterior; (ii) en estas circunstancias, la posterior aparición de una enfermedad invalidante como lo fue la cardiopatía isquémica no puede considerarse como circunstancia que agravase el riesgo asegurado sino como un empeoramiento del estado de salud inicial constitutivo del riesgo mismo asegurado; y (iii) además, la falta de comunicación a la aseguradora de la IPT carece de la relevancia que le atribuye la recurrente porque, como razona el tribunal sentenciador, ni aquella invalidez ni las patologías que la determinaron guardan relación causal con la enfermedad cardíaca determinante de la IPA.

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 además perderá el depósito constituido (d. adicional 15.ª.9 LOPJ).

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 demandada Santa Lucía S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros contra la sentencia dictada el 15 de octubre de 2018 por la sección 1.ª de la Audiencia Provincial de Lugo en el recurso de apelación n.º 672/2017.

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.