

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ066706

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 912/2023, de 08 de junio de 2023

Sala de lo Civil

Rec. n.º 3839/2019

SUMARIO:

Seguro de vida. Deber de declaración del riesgo. Relación de causalidad entre los datos omitidos y el riesgo cubierto. 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". Además, la relación de causalidad entre lo omitido o silenciado y el riesgo cubierto, exige para poder ser apreciada que, partiendo de las preguntas formuladas por 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, que el tomador del seguro silencie u oculte datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro. En el presente caso, no existe relación alguna entre las preguntas del cuestionario/patologías previas y la enfermedad que provocó el fallecimiento del asegurado. Y, además, que el razonamiento de la aseguradora recurrente afirmando que de haber conocido el cuadro conjunto de enfermedades que padecía el asegurado jamás hubiera perfeccionado el contrato de seguro, por conllevar una altísima morbo-mortalidad asociada, creando un riesgo sencillamente inasegurable por cualquier compañía, incurre en el defecto argumental de la petición de principio, al apoyar la conclusión en premisas que se dan por sentadas sin previa demostración. La sala concluye que no cabe apreciar conforme a lo exigido por la doctrina, que los datos de salud silenciados estuvieran causalmente relacionados con el siniestro. Y tampoco, que tuvieran la relevancia determinante para la valoración del riesgo que afirma la recurrente.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), art. 10.

PONENTE:*Don Antonio Garcia Martinez.*

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. 912/2023

Fecha de sentencia: 08/06/2023

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 3839/2019

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 30/05/2023

Ponente: Excmo. Sr. D. Antonio García Martínez

Procedencia: Audiencia Provincial de Jaén. Sección 1.^a

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

Transcrito por: EMGG

Nota:

CASACIÓN núm.: 3839/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. Antonio García Martínez

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 912/2023

Excmos. Sres. y Excma. 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 8 de junio de 2023.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por la entidad Bankia Mapfre Vida, S.A., representada por el procurador D. Ignacio Argos Linares, bajo la dirección letrada de D. Fernando Wilhelmi Ferrer, contra la sentencia núm. 496/2019, dictada el 16 de mayo de 2019 por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Jaén, en el rollo de apelación n.º 625/2018, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 777/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Martos.

Ha sido parte recurrida D.^a Lorenza, representada por la procuradora D.^a María de la Cabeza Jiménez Miranda y bajo la dirección letrada de D. Luis Jaime Torres Sagaz.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Antonio García Martínez.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

Tramitación en primera instancia

1. La procuradora D.^a María de la Cabeza Jiménez Miranda, en nombre y representación de D.^a Lorenza, presentó una demanda de juicio ordinario sobre reclamación de cantidad contra la entidad aseguradora Bankia Mapfre Vida, S.A., en la que tras alegar los hechos y fundamentos de derecho que tuvo por convenientes solicitaba que, previa la tramitación pertinente, se dictase sentencia por la que:

"[...] estimando la demanda, condene a la Entidad demandada a:

" Al pago a la actora, de la cantidad de 12.000€, conforme a lo establecido en la póliza de seguro suscrita.

" Al pago de los intereses de dicha cantidad, conforme al artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

" Al pago de las costas de este procedimiento".

2. La demanda fue turnada al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Martos donde se registró como procedimiento ordinario núm. 777/2016. Por decreto de 12 de enero de 2017 fue admitida a trámite y se acordó dar

traslado a la parte demandada a fin de que en el plazo de veinte días hábiles se personase y la contestase, lo que hizo en tiempo y forma.

3. Tras seguirse los trámites correspondientes, celebrado el juicio, practicada la prueba y declarados los autos conclusos para sentencia, el juez titular del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Martos dictó la sentencia n.º 201/2017 de 28 de octubre de 2017, con la siguiente parte dispositiva:

"FALLO

" Que estimando la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales Sr. María de la Cabeza Jiménez Miranda, en nombre y representación de D^a. Lorenza, contra la MAPFRE CAJA MADRID VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por la Procuradora Sra. María Jesús Ocaña Toribio, debo condenar y condeno a la demandada a pagar a la parte actora el importe de DOCE MIL EUROS (12.000), más los intereses del artículo 576 de la L.E.C. En el pago de las costas, procede hacer expresa imposición de costas a la entidad demandada".

Segundo.

Tramitación en segunda instancia

1. La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la parte demandada, recurso al que se opuso en tiempo y forma la representación de la demandante, interesando que se desestimase íntegramente el recurso de apelación interpuesto por Mapfre Caja Madrid Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, con expresa imposición de las costas de la alzada a la parte apelante.

2. La resolución de este recurso correspondió a la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Jaén, que lo tramitó con el número de rollo de apelación 625/2018 y, tras seguirse los trámites correspondientes, dictó la sentencia núm. 496/2019, de 16 de mayo de 2019, con la siguiente parte dispositiva:

"FALLAMOS

" Que desestimando el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Martos con fecha 28/10/17, seguidos en dicho Juzgado con el n.º 777/16, debemos confirmar la resolución recurrida, con imposición de las costas ocasionadas en esta alzada, declarándose la pérdida del depósito constituido para recurrir.

Tercero.

Interposición y tramitación del recurso de casación

1. La representación de Bankia Mapfre Vida S.A., interpuso contra la referida sentencia recurso de casación por interés casacional al amparo de lo establecido en el apartado 3.º del artículo 477.2. de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Fundamenta el recurso en un único motivo que introduce con el siguiente encabezamiento:

"[...] ÚNICO. Interés casacional por infracción del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.2.3.º LEC, existiendo jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales: La Sentencia recurrida, pese a considerar acreditada la existencia de patologías previas a la contratación del seguro, así como la correcta presentación del cuestionario de salud por parte de mi representada, considera que no existe dolo o culpa grave en la actuación del asegurado, únicamente por no existir relación de causalidad entre las preguntas del cuestionario/patologías previas ocultadas y la enfermedad que provocó el fallecimiento del asegurado, Sr. Juan Antonio".

2. Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas las partes, por auto de 29 de septiembre de 2021 se acordó admitir el recurso de casación interpuesto y dar traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición en el plazo de veinte días, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito la procuradora D.^a María de la Cabeza Juan Antonio, solicitando de la sala que dicte sentencia que declare: "[...]1º. - Inadmitir el Recurso de Casación interpuesto, por no ser contradictorias las sentencias de contraste aportadas, a la sentencia recurrida en casación, al contemplar supuestos distintos, en función de la existencia o no de culpa o dolo. 2º. - Declarar con carácter subsidiario, no haber lugar al Recurso de Casación interpuesto, confirmando en todos sus extremos la sentencia recurrida, con imposición de las costas de esta instancia a la parte recurrente en casación".

3. Por providencia de 20 de abril de 2023 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista pública, señalándose para votación y fallo el 30 de mayo de 2023, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

Resumen de antecedentes

1. D.^a Lorenza interpuso una demanda contra Bankia Mapfre Vida ejercitando una acción de cumplimiento contractual y reclamación de cantidad con base en un seguro de vida suscrito por su marido, D. Juan Antonio, en la misma oficina bancaria en la que también suscribió el préstamo personal al que estaba adherido, y en el que se establecía como garantía asegurada la de muerte por cualquier causa, con un capital asegurado de 12 000 euros, siendo la demandante legataria del usufructo universal y vitalicio de la herencia de su fallecido esposo.

2. La demandada se opuso a la demanda interpuesta alegando la existencia de enfermedades o patologías previas a la formalización del contrato de seguro que no fueron indicadas en la declaración de salud realizada en el momento de su solicitud, por lo que se contravino tanto el condicionado de la póliza como el art. 10 LCS.

3. La sentencia de primera instancia estimó la demanda.

El juzgado razona que al Sr. Juan Antonio se le formularon una serie de preguntas a las que contestó sí o no y que fueron cubiertas por el empleado del banco que se las formuló y suscritas por aquel con carácter previo a la firma del seguro. Añade que, si bien el Sr. Juan Antonio no informó a la aseguradora de que padecía hipertensión arterial desde 1998, que sufrió un ictus en 1998, que padece dislipemia desde entonces, diabetes desde 2002, hipertrofia de próstata y síndrome de apnea del sueño, tales patologías son ajenas a la causa de su muerte, que se produjo a consecuencia de un síndrome mielodisplásico que se diagnosticó el 14 de abril de 2015, por lo que la omisión de dichas enfermedades en el cuestionario de salud el 19 de septiembre de 2013 no puede justificar la aplicación del art. 10 LCS.

4. La sentencia de segunda instancia desestimó el recurso de apelación que interpuso la demandada, a la que impuso, además, las costas de la alzada.

La Audiencia Provincial razona que no se puede considerar la existencia de dolo o culpa grave en el asegurado cuando no existe relación de causalidad entre la causa del fallecimiento y las preguntas realizadas (cita las sentencias de esta sala de 19 de febrero de 2004 y de 4 de marzo de 2005). Y concluye:

"[d]ebemos confirmar la sentencia de instancia en el sentido de que no puede considerarse exonerado (sic) de responsabilidad la aseguradora cuando el cuestionario de salud no preguntó (sic) sobre la enfermedad que, diagnosticada con posterioridad a la suscripción del seguro, fue la determinante del fallecimiento del asegurado."

5. La demandada, apelante, ahora recurrente, ha interpuesto un recurso de casación por interés casacional con fundamento en un motivo único. El recurso ha sido admitido. Y la demandante, apelada, ahora recurrida, se ha opuesto alegando causa de inadmisión y por razones de fondo.

Segundo.

Motivo único del recurso. Oposición de la recurrida. Decisión de la sala.

1. El recurso de casación se funda en un motivo único en el que se alega la infracción del art. 10 LCS y la existencia de jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales.

La recurrente argumenta que la sentencia recurrida incurre en la infracción denunciada, ya que, pese a estimar acreditada la existencia de patologías previas a la contratación del seguro, así como la correcta presentación por su parte del cuestionario de salud, considera que no existe dolo ni culpa grave del tomador del seguro y asegurado por no existir relación alguna entre las preguntas del cuestionario/patologías previas y la enfermedad que provocó su fallecimiento.

Refiere que, de haber conocido el cuadro conjunto de enfermedades que padecía el asegurado (hipertensión arterial desde 1998, un ictus en 1998, dislipemia desde 1998, diabetes desde 2002, hipertrofia de próstata y síndrome de apnea del sueño), jamás hubiera perfeccionado el contrato de seguro, por conllevar una altísima morbo-mortalidad asociada, creando un riesgo sencillamente inasegurable por cualquier compañía, por lo que al haber respondido negativamente al cuestionario de salud formulado y ocultado tales patologías incurrió en infracción del art. 10 LCS.

Para justificar el interés casacional menciona, por un lado, la sentencia recurrida, y otra del mismo tribunal del 13 de abril de 2016 que interpretan que es imprescindible el nexo causal, de modo que la enfermedad ocultada en el cuestionario debe ser la que provoque el fallecimiento del asegurado; y por otro lado, las sentencias de la Sección 2.^a de la Audiencia Provincial de Cantabria de 13 de septiembre de 2011 y 23 de octubre de 2014, que entienden que no es necesaria tal relación causal entre las patologías ocultadas en el cuestionario y la causa del fallecimiento del asegurado. Añade que en términos parecidos se expresan las sentencias de la Sección 6.^a de la Audiencia Provincial de Málaga de 26 de octubre de 2005 y de 12 de julio de 2012.

Dice, por último, que las sentencias de esta sala que cita la sentencia recurrida no resultan de aplicación, ya que las patologías silenciadas eran tan banales y de escasa relevancia que no podían justificar que su ocultación tuviera relevancia para la valoración del riesgo, algo que no sucede en el caso que nos ocupa.

Oposición de la recurrida

2. La recurrida se opone al recurso de casación alegando causa de inadmisión y por razones de fondo.

2.1 En primer lugar, alega que el recurso debe ser inadmitido por no presentar interés casacional, al no ser controvertida la exigencia de dolo o culpa grave en la aplicación del art. 10.3 LCS.

2.2 En relación con el fondo sostiene que el recurso debe ser desestimado, ya que:

"[E]n el supuesto que nos ocupa, el tomador del seguro, falleció como consecuencia de una leucemia que le fue diagnosticada el día 14 de abril de 2.015, es decir con posterioridad a la suscripción de la póliza de seguro (19/09/2.013), habiendo quedado acreditado que las patologías que el Sr Juan Antonio, presentaba con anterioridad a la suscripción de la póliza de seguro, no guardan relación alguna con la causa del siniestro (muerte por leucemia), resulta evidente que la conducta del Sr Juan Antonio, a la hora de suscribir la póliza de seguro, no puede ser considerada como dolosa o de culpa grave, por lo que no se infringe tal y como se denuncia de contrario el artículo 10.3 de la Ley de Contrato de Seguro."

Decisión de la sala

3. La causa de inadmisión alegada se desestima.

La recurrente no centra la existencia del interés casacional en la exigencia de dolo o culpa grave del tomador del seguro para aplicar el art. 10.3 LCS, algo que, ciertamente, no controvierte. Lo plantea sobre la concurrencia del dolo o culpa grave de dicho precepto cuando el tomador del seguro silencia o niega la existencia de enfermedades relevantes para la valoración del riesgo, aunque estas no sean la causa de su muerte. Cuestión sobre la que dice que existe jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales.

4. En la sentencia 108/2021, de 1 de marzo, dijimos, con cita de las sentencias 647/2020, de 30 de noviembre, 639/2020 y 638/2020, ambas de 25 de noviembre, y 611/2020, de 11 de noviembre:

"[...] (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; y (iii) 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.

"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 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 sentencia 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".

La desestimación del motivo único del recurso y, por lo tanto, de este, se justifica por la aplicación de nuestra propia doctrina, de la que lo significativo en el presente caso es lo que tiene que ver con la relevancia de la relación de causalidad entre lo omitido o silenciado y el riesgo cubierto, que, conforme a lo que hemos dejado anotado, exige para poder ser apreciada que, partiendo de las preguntas formuladas por 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, el tomador del seguro silencie u oculte datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro, lo que en el caso no se da por lo que decimos a continuación.

Es cierto, que el tomador del seguro y asegurado, antes de contestar al cuestionario de salud que le sometió la aseguradora (el 19 de septiembre de 2013), padecía hipertensión arterial (desde 1998), dislipemia (desde 1998), diabetes mellitus (desde 2002), hipertrofia de próstata, síndrome de apnea del sueño, y que había sufrido un ictus (en 1998). Y también, que al responder a dicho cuestionario negó: (i) tener alguna enfermedad, secuela de cirugía o accidente; (ii) estar tomando algún medicamento o haber seguido tratamiento más de 20 días en los últimos 7 años; (iii) tener o haber tenido tensión arterial elevada; (iv) tener o haber tenido afecciones del cerebro o del sistema

nervioso: cefaleas frecuentes, insomnio, vértigos, desmayos, epilepsia, apoplejía; (v) tener o haber tenido afecciones del aparato digestivo, endocrino o de la sangre, diabetes; y (vi) tener o haber tenido afecciones urinarias o de próstata.

Pero es igualmente cierto, que no existe relación alguna entre las preguntas del cuestionario/patologías previas y la enfermedad que provocó el fallecimiento del asegurado. Y, además, que el razonamiento de la recurrente afirmando que de haber conocido el cuadro conjunto de enfermedades que padecía el asegurado jamás hubiera perfeccionado el contrato de seguro, por conllevar una altísima morbo-mortalidad asociada, creando un riesgo sencillamente inasegurable por cualquier compañía, incurre en el defecto argumental de la petición de principio, al apoyar la conclusión (que jamás hubiera perfeccionado el contrato de seguro) en premisas que se dan por sentadas sin previa demostración (que los datos de salud que silenció el tomador del seguro configuraban un cuadro conjunto de enfermedades que conllevaba una altísima morbo-mortalidad asociada, y que ello creaba un riesgo inasegurable por cualquier compañía).

En definitiva, en el caso no cabe apreciar, conforme a lo exigido por nuestra doctrina, que los datos de salud silenciados estuvieran causalmente relacionados con el siniestro. Y tampoco, que tuvieran la relevancia determinante para la valoración del riesgo que afirma la recurrente. Las pruebas han descartado lo primero. Y lo segundo no se puede establecer, simplemente, porque ella lo diga. Requiere de una prueba fiable y convincentemente demostrativa conforme a los criterios operativos y de explotación aplicados en el ramo de seguro correspondiente por la técnica aseguradora.

En consecuencia, el motivo único del recurso decae y, por lo tanto, el recurso se desestima.

Tercero.

Costas y depósitos

Al desestimarse el recurso de casación, procede imponer las costas generadas por dicho recurso a la recurrente, con pérdida del depósito para recurrir, de conformidad con lo establecido en los arts. 398.1 y 394.1 LEC, así como en la disposición adicional 15.^a, apartado 9.^a, LOPJ, respectivamente.

FALLO

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

Desestimar el recurso de casación interpuesto por Bankia Mapfre Vida, S.A. contra la sentencia dictada por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Jaén con el N.º 496, el 16 de mayo de 2019, en el rollo de apelación n.º 625/2018, con imposición de las costas del recurso a la recurrente y pérdida por esta del depósito para recurrir.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de sala.

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.