

# ...en materia de Seguros

**INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 10 DE LA LCS. SE APRECIA BUENA FE DEL ASEGURADO A PESAR DE HABER OCULTADO EN EL CUESTIONARIO QUE ESTABA SIENDO SOMETIDO A PRUEBAS MÉDICAS.**

Sentencia del Tribunal Supremo de 18.07.2012 (Sala de lo Civil)  
Ponente: Francisco Javier Arroyo Fiestas.

## 1.- Introducción

Abordamos la controversia surgida en torno a la indemnización concedida a la entidad mercantil beneficiaria del seguro de vida contratado por uno de los socios de la misma pocos meses antes de su fallecimiento como consecuencia de un cáncer de páncreas. En concreto, la cuestión a resolver es si el asegurado en el momento en que fue sometido al cuestionario actuó o no con culpa, así como el grado de la misma, al ocultar a la compañía de seguros que en ese momento estaba siendo sometido a unas pruebas por una serie de molestias intestinales, y ello, en base a la dispuesto en el artículo 10 de la LCS, por el que se obliga al asegurado a que especifique no solo las enfermedades sino también las circunstancias conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo. En este sentido, resulta esencial para nuestro Alto Tribunal a la hora resolver el recurso a favor del beneficiario de la póliza, el hecho de que el asegurado fuera revisado por el médico de la compañía aseguradora, quien determinó el buen estado de salud del mismo.

## 2.-Supuesto de hecho

La sentencia que nos ocupa aborda el conflicto suscitado en base a la reclamación realizada por la entidad beneficiaria de la póliza de un seguro de vida contratado por uno de sus socios pocos meses antes de su fallecimiento. El día 11 de octubre de 2005, el médico de la compañía aseguradora demandada confeccionó el cuestionario médico en el que constan las declaraciones del tomador solicitante. En dicho cuestionario se le preguntaba: "*Padece Vd. o ha padecido de algún tipo de enfermedad?*", y se marcó la casilla "no", con lo que los apartados "*describase exactamente la/s enfermedad/es*" y "*Especialistas consultados en los últimos cinco años*", quedaron en blanco. Pocos días

después, el asegurado fue sometido a un examen médico por parte de la compañía aseguradora, en el que no se aprecia ninguna anomalía, entre otros, en el aparato digestivo y abdomen. La realidad del asunto, es que en el momento en que se le realiza el cuestionario, el tomador ya estaba siendo sometido a distintas pruebas médicas por molestias intestinales, distensión abdominal, etc. Posteriormente a la entrada en vigor la póliza (18 de octubre de 2005), el tomador siguió realizándose estudios médicos ante la persistencia de las molestias, siendo diagnosticado el 18 de enero de 2006 de tumor de páncreas, produciéndose el fallecimiento del mismo el 14 de abril de 2006.

Pues bien, la controversia surge con la demanda presentada por el beneficiario de la póliza, Centro de Maquinaria y Servicio S.L., en reclamación de la cantidad de 360.000 euros más los intereses del artículo 20 de la LCS, la cual es desestimada por el Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Alicante, al entender que el tomador del seguro, omitió y ocultó maliciosamente a la hora de suscribir el contrato alguna enfermedad, infringiendo con ello lo dispuesto en el artículo 10 LCS. La referida sentencia, es recurrida en segunda instancia ante la Audiencia Provincial de Alicante, insistiendo la parte demandante en su pretensión de que la aseguradora sea condenada al pago de la prestación estipulada para el caso del siniestro (fallecimiento del asegurado), lo que sitúa el pleito, consentida ya la inexistencia de dolo, en la determinación de si existió o no algún tipo de culpa en la actuación del asegurado y, en caso afirmativo, si merece el calificativo de grave o leve. Y efectivamente, entiende la juzgadora que, “a lo sumo”, la conducta de aquél merecería ser calificada de culpa leve y, en modo alguno, de culpa grave, pues sobre la base de los resultados de las numerosas e importantes pruebas que se le habían practicado no se le había diagnosticado enfermedad relevante alguna, y menos aún, el cáncer de páncreas que desencadenó su muerte, y cuya existencia solo quedó determinada meses después del día del cuestionario, pues, reiteramos, en dicha fecha se había descartado totalmente la malignidad del pseudoquiste en formación que aquél tenía. Lo anterior le lleva a estimar el recurso de apelación interpuesto, al “*no apreciar la concurrencia de dolo ni de culpa grave, resulta predominante el artículo 89 de la Ley 50/1980 (LA LEY 1957/1980), que reconoce validez y eficacia a las cláusulas de incontestabilidad, una vez transcurrido un año a contar desde la fecha de conclusión del contrato, salvo que las partes hubieran fijado un término más breve en la póliza*”.

Ante la referida resolución, la compañía aseguradora formula recurso de casación ante el Tribunal Supremo, el cual es desestimado confirmando el Alto Tribunal la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Alicante, por la que se concede una indemnización a la entidad beneficiario de la póliza de seguro de vida por el importe de 360.000 euros.

### **3. Argumentación Jurídica**

En primer lugar, entiende la recurrente que el tomador conocía la existencia de su enfermedad por lo que en base al artículo 10 de la LCS debía haber especificado no sólo las enfermedades sino también las circunstancias conocidas por el tomador que puedan influir en la valoración del riesgo, y sin embargo, al contestar al cuestionario el tomador no comunicó que se hubiese efectuado las referidas pruebas. En este sentido, nuestro Alto Tribunal muestra su disconformidad, dado que entiende que en base a las pruebas practicadas en el procedimiento, como son las declaraciones de los médicos, que en el

momento de la realización del cuestionario, el asegurado tenía buen aspecto, y las pruebas realizadas en esos días resultaron todas positivas, y que tanto el médico como el asegurado desconocían la existencia del tumor que finalmente provocó su fallecimiento. Por lo que si el asegurado no comunicó que se estaba realizando pruebas médicas es porque entendió que lo anterior no podría modificar la situación, dado que el resultado de las mismas habían resultado favorables.

No obstante lo anterior, entiende el Tribunal Supremo que no es controvertida la buena fe del asegurado, máxime cuando el mismo se sometió a un estudio intensivo por los servicios médicos de la aseguradora, los que tras exámenes exhaustivos no pusieron obstáculo alguno a la contratación del seguro de vida. Igualmente, el recurrente alega que en la sentencia recurrida se determina que sí existió culpa leve del asegurado, por lo que en virtud del artículo 10. 3º de la LCS, se debía de haber de reducido proporcionalmente la indemnización. En este caso entiende nuestro Alto Tribunal que el referido motivo no puede prosperar, dado que lo que declara la sentencia recurrida es que “a lo sumo” sería culpa leve, no que taxativamente ocurra, y que además se trataría de una alegación que no estaba contenido en el suplico de la contestación a la demanda.

Por último, entiende la recurrente que en base a los artículos 11, 12 y 89 de la LCS, debió el asegurado de comunicarle las circunstancias relevantes surgidas sobrevenidamente a la perfección del contrato. En este sentido, se hace referencia la sentencia de esta misma Sala de 31 de mayo de 1997, en la que se determina que: “*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; de seguirse la tesis de la recurrente, las causas productoras de la muerte asegurada quedarían reducidas a las que no consistiesen en una enfermedad más o menos larga, prácticamente, a la muerte súbita*”. En base a lo anterior, y dado que no ha quedado acreditado que el proceso tumoral existiese al momento del cuestionario, entiende la Sala que tampoco se puede admitir el tercer motivo dado que se “*desnaturalizaría el contrato de seguro de vida, suprimiría su aleatoriedad y el factor riesgo desaparecería, lo que, sin duda, rompería el equilibrio de las prestaciones*”.

#### **4.-Legislación y jurisprudencia citadas.**

Artículos 10, 11, 12 y 89 de la LCS.

Artículos 1.265, 1.269 y 1.270 del Código Civil

STS de 31 de mayo de 1997 (rec. 1951/1993), de 15 de noviembre de 2007 (rec. 5498/2000), de 4 de enero de 2008 (rec. 1951/1993).

## 5.- CONCLUSIONES

Con el supuesto analizado podemos apreciar la gran importancia que representa el cuestionario médico al que debe ser sometido el asegurado, y ello dada la dificultad que supone que en el mismo se pueda reflejar el verdadero riesgo que se contrata. En el presente caso entendemos que por parte de la compañía aseguradora se actuó con la mayor diligencia posible, por cuanto no sólo se realizó al asegurado el cuestionario médico conforme lo dispuesto en el artículo 10 de la LCS, sino que además se le somete a un examen médico en el que se verifica el buen estado de salud. A pesar de lo anterior, no se pudo advertir que el asegurado padecía un cáncer de páncreas que fue diagnosticado poco tiempo después de la entrada en vigor, y que provocó el fallecimiento del mismo, debiendo de indemnizar al beneficiario del seguro de vida, nada más y nada menos que en el importe de 360.000 euros. Y ello, al entender sorprendentemente el Tribunal que no se ha podido acreditar la mala fe del asegurado a pesar de haber ocultado que al tiempo de la realización del cuestionario estaba siendo sometido a distintas pruebas médicas de cierta entidad.

Teniendo en cuenta la conclusión a la que llega la sentencia, y teniendo en cuenta la diligencia con la que ha actuado la aseguradora en este caso, nos hacemos la siguiente cuestión: ¿cómo deben actuar las aseguradoras para poder determinar el riesgo de cada operación? La respuesta es como poco controvertida, dado que parece que resulta insuficiente para determinar que se ha actuado con mala fe en la contratación de un seguro de vida, que el asegurado oculte información relevante sobre su estado de salud.