

...en materia de seguros

LA IMPORTANCIA DEL CUESTIONARIO EN EL SEGURO DE VIDA

Sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra, Sección

I^a, de 11 de septiembre de 2014.

Ponente: Manuel Almenar Belenguer

Javier López García de la Serrana
Abogado – Doctor en Derecho
Director de HispaColex

1. INTRODUCCIÓN

La sentencia analizada aborda una controversia suscitada en torno a dos seguros de vida concertados con la misma aseguradora por la demandante en virtud de la hipoteca suscrita por ésta como consecuencia de la compraventa de una vivienda, un supuesto que se suscita de forma muy habitual en el ámbito inmobiliario. Le corresponderá a la Audiencia Provincial de Pontevedra determinar si la aseguradora debe o no abonar las cantidades pactadas en dicha póliza para el supuesto de que se declare a la asegurada en situación de incapacidad permanente absoluta, -circunstancia que ocurre pocos meses después de suscribir la segunda póliza-, o bien, si estaría exonerada en base a la inexactitud de la declaración del riesgo supuestamente realizada por la asegurada a la hora de llenar el cuestionario.

Resulta interesante el supuesto analizado, ya que a pesar de haber

acreditado la "ocultación" de las patologías que venía sufriendo la asegurada antes de suscribir ambas pólizas, se condena a la aseguradora a abonar la garantía pactada.

2. SUPUESTO DE HECHO

La sentencia analizada tiene como origen la compraventa realizada por la actora y su marido mediante escritura pública en fecha 17 de noviembre de 2004, de un piso con trastero y plaza de garaje, por un precio de 75.727,53 €, de los cuales 62.631,64 € correspondían a la hipoteca que gravaba dichas fincas. En el marco de esta operación, la entidad que financiaba la obra exigió a la actora, al ser más joven que su marido, la firma de un seguro de vida, como garantía complementaria de la propia hipoteca, suscribiendo para ello una póliza con la demandada por la que se aseguraba el 100% del préstamo, por importe de 84.000 €, mediante el pago de una prima anual

de 347,38 €, en la que se incluían entre otras, la garantía de Invalidez Permanente Absoluta. Asimismo se fijaba como beneficiaria hasta la cancelación del préstamo a la propia entidad aseguradora.

Años después, en noviembre de 2011 la actora y su esposo contratan con la misma entidad financiera un contrato de préstamo personal por la cantidad de 10.000 euros, condicionándose el mismo igualmente a la contratación de un seguro de vida por parte de la actora y en el que se aseguraba la cantidad de 34.000 euros para el caso de Invalidad Permanente Absoluta. Previamente a la contratación de esta póliza, en marzo de 2011, se había aprobado para la actora por el INSS la calificación de Incapacidad Permanente en grado Total debido a un cuadro clínico residual consistente en "artritis reumatoide seropositiva", diagnosticada hace 13 años. Dicha calificación fue revisada en julio de 2012 por el INSS, concediéndole finalmente por dicha enfermedad una Incapacidad Permanente en grado Absoluto.

Como consecuencia de lo anterior, se presentó por la asegurada demanda en reclamación de la cantidad de 84.000 € con cargo a la

primera póliza, y de 30.000 € con cargo a la segunda, más la cantidad de 159,63 € correspondientes al saldo dispuesto de la tarjeta de crédito, más los intereses legales del art. 20.4 LCS. La demandada se opone a la demanda alegando la existencia de dolo por parte de la asegurada, quien habría ocultado los padecimientos que determinaron su incapacidad y que ya sufría al suscribir la primera de las pólizas de seguro, omitiendo cualquier referencia al respecto al contestar a las preguntas formuladas sobre su estado de salud con ocasión de la formalización de ambos contratos, lo que en aplicación del art. 10 LCS determina la liberación de la entidad aseguradora de las obligaciones indemnizatorias contractualmente asumidas.

En virtud de lo anterior, se pronuncia el Juzgado de Primera Instancia de Caldas de Reis desestimando la demanda, y ello al considerar que efectivamente, al momento de concertar ambos seguros la demandante ya venía tomando medicación por una enfermedad crónica que fue ocultada a la aseguradora, lo que efectivamente supondría una vulneración de lo dispuesto en el art. 10 LCS.

Ante dicha resolución se alza la demandante interponiendo recurso de apelación, y ello, basándose principalmente en los dos motivos siguientes: a) error en la apreciación de la prueba, por entender que en ningún momento la aseguradora interrogó a la actora sobre los extremos que se recogen en la declaración de salud y que fue cubierta por personal de la propia entidad financiera, b) que desde el mes de abril de 2011 la demandante percibía la prestación derivada de la incapacidad permanente total

en la misma sucursal donde había contratado los seguros y los préstamos vinculados, de forma que la tomadora del seguro era conocedora de su situación física, a pesar de lo cual no dudó en ofrecer y suscribir el segundo contrato de seguro, sin formular objeción alguna, asumiendo así las consecuencias que se derivaban.

3. ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

La cuestión controvertida del presente recurso se basa en determinar si la aseguradora debe satisfacer o no la indemnización pactada con ocasión de la invalidez absoluta, cuya cobertura estaba expresamente prevista en la póliza, o, por el contrario, está exenta de dicho pago por haber existido dolo o culpa en la ocultación de datos de relevancia. Entiende el Juzgador, en base a la jurisprudencia existente sobre la materia, que la discusión se debe circunscribir sobre los siguientes dos extremos: primero, dilucidar si la entidad aseguradora inquirió realmente, a través del cuestionario aportado o por cualquier otro medio, cuál era el estado de salud de la persona con la que se proponía contratar; y segundo, en caso afirmativo, en qué medida las respuestas ofrecidas responden o no a la verdad y pudieron crear una apariencia errónea sobre la estimación del riesgo asegurado que afectara la formación de la voluntad de la aseguradora, induciéndole a suscribir un contrato que de otro modo no habría celebrado o que habría formalizado en condiciones distintas

En este sentido, constan en autos efectivamente los cuestionarios a los que se sometió a la asegurada, donde a las preguntas de si se en-

contraba en buen estado de salud, si recibía algún tratamiento o si había cursado baja laboral durante un plazo mayor de 15 días responde negativamente. No obstante, aunque la Audiencia Provincial considera que efectivamente, aunque parece incumplida por la asegurada la obligación de declarar el verdadero estado de salud, entiende que en base a la declaración en el acto de la vista del director de la sucursal donde se suscribe la póliza, se introducen serias dudas. En concreto, a la cuestión realizada sobre si las preguntas incluidas en la póliza de 2004 se hicieron realmente a la asegurada, aquel manifestó que no lo recordaba en el caso concreto, pero que en la mayoría de los casos no se hacían, sino que se rellenaban mecánicamente.

En base a esta testifical la Audiencia Provincial resuelve el primer punto de controversia al entender que: "En estas condiciones, ha de recordarse la doctrina jurisprudencial que enlaza la obligación de declaración que el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro hace recaer sobre el asegurado, con la de exigir su contestación, que corresponde al asegurador (en este caso, y por delegación del asegurador; al personal de la entidad financiera), lo que implica que, al existir, en el supuesto más favorable a la entidad aseguradora, dudas razonables de que se hubiera preguntado a la demandante sobre las cuestiones que se plasman en la póliza (en realidad, el testigo vino a desmentir que tales preguntas se hubieran efectuado), no es posible hablar de vulneración del deber que recaía sobre la asegurada, sino de omisión o dejación del presupuesto que determinaba el nacimiento de aquella obligación (SSTS de 1 de enero de 1991, 18

de mayo de 1993 y, más recientemente, de 17 de febrero de 2004)".

En segundo lugar, se plantea la Audiencia si con independencia de que efectivamente hubiera una ocultación del riesgo por parte de la asegurada a la hora de realizar el cuestionario, realmente se ha ocultado de forma intencionada la enfermedad por la recurrente, esto es, si éste era conocedora de dicha enfermedad en el momento de contratación de la póliza. En este sentido concluye la sentencia, a la vista de las pruebas prácticas que: "Se desconoce, pues, el concreto estado de salud de la paciente en el noviembre de 2004, esto es, si la estaba sometida o no a tratamiento y el grado de remisión de la enfermedad diagnosticada entre cinco y seis años antes, siendo perfectamente posible que, dadas las singulares características de esta enfermedad, permaneciera latente o sin síntomas durante un largo período de tiempo, al extremo de llevar a pensar en su irrelevancia, tanto para la paciente como para el director de la sucursal".

Pero dicha conclusión únicamente se puede aplicar respecto de la primera póliza suscrita, puesto que cuando se suscribe la de 2011, la asegurada era perfectamente conocedora de su enfermedad, por cuanto que ya tenía concedida por el INSS la incapacidad permanente en grado total. En cualquier caso, entiende la Audiencia que deberá responder la aseguradora, pero en este caso por no haber ejercitado el derecho de rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento de la inexactitud en la declaración del riesgo. No obstante, la demandada mostró su voluntad de mantener el contrato, lo que conlleva al Juzgador a concluir lo siguiente: "la entidad aseguradora optó por la continuidad

de la relación asegurativa, sin hacer la más mínima mención al incumplimiento por la asegurada del deber de información, ni menos aún a una posible reducción de la prima en atención al padecimiento que sufría, asumiendo que en nada afectaba a la vigencia y contenido del contrato".

Por último, y en relación a la cuantía, la Audiencia Provincial a pesar de estimar el recurso, establece la reducción de la cantidad a resarcir en base a la designación de la aseguradora como beneficiaria realizada en la póliza para el supuesto de que

en el momento del siniestro exceda el saldo pendiente de amortizar el préstamo vinculado, por lo que en el presente caso entiende que se debe reducir a la cantidad de 84.000 euros la parte del préstamo que restara por pagar a la fecha de la declaración del siniestro.

4. LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADA

Artículos 1, 4 y 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

STS de 31 de mayo de 2004.

CONCLUSIÓN

Con esta sentencia queremos llamar la atención a las compañías aseguradoras sobre algunos aspectos a considerar a la hora de suscribir una póliza de seguro de vida, y sobre las precauciones y obligaciones que tienen no sólo los asegurados a la hora de declarar el riesgo sino también las aseguradoras en el sentido que se concreta en esta sentencia.

Esta resolución dictada por la Audiencia Provincial de Pontevedra es un claro ejemplo de que, no basta con contar con el cuestionario cumplimentado y firmado por el asegurado, para tener la certeza del riesgo que estamos asegurando, sino que hay que asegurarse de que efectivamente el cuestionario es cumplimentado por aquel de forma personal, dado que de que no ser así no podrá oponer la aseguradora las consecuencias derivadas del artículo 10 de la LCS.

En segundo lugar, también hemos de destacar otro aspecto importante que señala esta sentencia y que puede resultar interesante para las aseguradoras, y es que las mismas no podrán oponer en caso de siniestro, la inexactitud de la declaración del riesgo realizada por el asegurado para reducir la cuantía asegurada o bien eludir el pago, cuando la misma ha tenido conocimiento del verdadero riesgo asegurado con anterioridad a la producción del siniestro y no ha instado la resolución del contrato en el plazo de 1 mes, en virtud de lo preceptuado en el artículo 10 LCS.