

...en materia de seguros

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

OCULTACIÓN DOLOSA DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO, A PESAR DE NO HABER SIDO SOMETIDO AL CUESTIONARIO. VALIDEZ DE LA “DECLARACIÓN DE SALUD” EN EL SEGURO DE VIDA

Sentencia de la Sala Primera de Tribunal Supremo de 12 de diciembre de 2016.

Ponente: Francisco Marín Castán

1. INTRODUCCIÓN

Resulta una cuestión más que pacífica el hecho de que la obligación del asegurado a declarar el riesgo, como condición para que la aseguradora responda en caso de producirse el siniestro, está condicionado a que la compañía aseguradora someta al tomador al correspondiente cuestionario, debiendo ésta preguntar expresamente por aquellos datos que resulten relevantes. Este régimen no sólo ha sido declarado por la jurisprudencia, sino que también el legislador se encargó de aclararlo mediante la reforma del artículo 10 de la LCS, en el que se incluyó un último inciso por el que se decía expresamente que el tomador estaría exonerado de dicha obligación de declaración si previamente no había sido sometido al cuestionario, o aun sometiéndolo, no ha-

bía sido expresamente preguntado por circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo.

Pues bien, la sentencia que nos ocupa supone un gran avance para las aseguradoras, al declarar la Sala Primera del Tribunal Supremo que la existencia de la “declaración de salud” por parte del asegurado, en el presente caso viene a sustituir al cuestionario médico, por lo que la ocultación de datos vinculantes por parte del asegurado en dicha declaración, supone una causa de exoneración para la aseguradora.

2. SUPUESTO DE HECHO

Con fecha 17 de agosto de 2005 el demandante suscribió con la aseguradora Rural Vida S.A., de Seguros y Reaseguros una póliza de seguro de vida que también cubría los riesgos de incapacidad ab-

soluta y permanente con una suma asegurada de 45.000 euros. El 5 de julio de 2008 el actor fue declarado en situación de «*incapacidad permanente absoluta para todo trabajo*» y se le reconoció el derecho a la correspondiente pensión pública, constando como cuadro clínico residual desencadenante de dicha incapacidad “*Sahos de carácter grave con repercusión respiratoria y cardiológica: insuficiencia respiratoria crónica secundaria, cor pulmonar crónico con descompensación en marzo. Hipoxemia de 62 MMHG e hipercapnia SIG. 51 MMHG en periodo estable. Metahemoglobinemia. Obesidad*» y como limitaciones orgánicas y funcionales «*Limitaciones cardiorrespiratorias grado 3*».

En las condiciones particulares firmadas en la referida póliza se declaraba por el asegurado que “*tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardiaca, circulatoria, oncológica, infecciosa del aparato digestivo o endocrina –diabetes–) que haya precisado tratamiento médico [...]*”. No obstante, el asegurado en mayo

de 1997 fue diagnosticado en el Hospital Universitario de Valme de *Metehemoglobinemia*, insuficiencia cardíaca derecha secundaria y de insuficiencia respiratoria parcial en estudio, prescribiéndosele tratamiento con oxígeno domiciliario. Dicho diagnóstico fue reflejado en el ingreso hospitalario de 27 de febrero de 2008 y que derivó en la enfermedad desencadenante de la incapacidad.

Tras comunicar el siniestro y formular su reclamación pecuniaria, la compañía de seguros denegó el pago alegando, en síntesis, que a tenor del contenido de la declaración del asegurado obrante en las condiciones generales de la póliza, sus antecedentes médicos y la relación entre estos y la patología causante de la invalidez, el demandante había incumplido su deber de declarar el riesgo, ocultando información conocida y relevante sobre su estado de salud. En consecuencia, el asegurado promovió el presente litigio en reclamación de la suma asegurada más intereses legales y costas. La compañía de seguros se opuso a la demanda planteando con carácter previo la excepción de falta de legitimación activa del demandante por haberse designado beneficiario a la entidad Caja Rural Sur, SCC, y en cuanto al fondo, en síntesis, lo siguiente: a) que de conformidad con el art. 1 de las condiciones generales constituían la base del contrato las declaraciones del tomador contenidas en la solicitud de seguro y en su caso, del asegurado, que recogerá la declaración de estado de salud, incluyendo si procede, las correspondientes pruebas médicas; b) que en las condiciones particulares de la póliza se incluyó la declaración del estado de salud del

Sr. Hernán, debidamente firmada por este, en la que manifestó tener plena capacidad para trabajar, gozar de buena salud y no haber padecido ni padecer enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrina —diabetes—) que hubiera precisado tratamiento médico, haciéndose constar expresamente en el art. 3.3 d) de las condiciones generales, y también con la firma del tomador, la exclusión de cobertura en caso de “[...] enfermedades o dolencias originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro”; c) que al hacer esa declaración de salud el asegurado ocultó maliciosamente a la aseguradora que tenía antecedentes médicos por “*cor pulmonar crónico, insuficiencia respiratoria y cardíaca, metahemoglobinemia*” y que era fumador habitual”. Consideraba la aseguradora que estos datos —conocidos por el asegurado antes de firmar la póliza—, influían en la correcta valoración del riesgo y además se encontraban directamente relacionados con la causa de la invalidez que se le reconoció en 2008. Todo lo anterior, daba lugar a la limitación de cobertura expresamente pactada, así como constituía un supuesto incardinable en el artículo 10 de la LCS, en el supuesto de dolo o culpa grave y que suponían la liberación de la obligación contraída por la aseguradora.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda al apreciar falta de legitimación activa del demandante por no ser beneficiario del seguro, sin entrar en el fondo del asunto. Tras el correspondiente recurso de apelación interpuesto por el demandante, se dictó sentencia por la Audiencia Provincial de Sevilla que confirmó

la desestimación de la demanda pero por las razones de fondo a las que antes se hizo referencia, esto es, “*porque pese a la inexistencia o al menos, no constancia de cuestionario, sí resultaba acreditado —en virtud de la declaración de salud contenida en las condiciones particulares y la documentación médica obrante en autos— que al firmar la póliza el tomador/asegurado ocultó dolosamente patologías conocidas (cardíacas y respiratorias) que incluso precisaron tratamiento, que se encontraban dentro de las contenidas en la declaración, por las que debía intuir que podían influir en la valoración del riesgo y que fueron las que terminaron causando su invalidez, por todo lo cual dicha conducta constituía un caso de dolo o culpa grave del art. 10 LCS «dada la intrínseca relación de la patología que el actor cuando contrata y cuando es declarado en situación de incapacidad permanente»*”.

El demandante recurrió la sentencia de segunda instancia en casación, formulando un único motivo por interés casacional en la modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de la Sala Primera, con fundamento en la infracción del artículo 10 de la LCS y de la jurisprudencia que lo interpreta (cita las sentencias de 30 de enero de 2003, 17 de febrero de 2004, 14 de junio de 2006, 2 de octubre de 2006 y 8 de mayo de 2008).

3. ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

En concreto, alude el recurrente que fue el banco quien le impulsó contratar dicho seguro con la aseguradora RGA Rural Vida S.A., y puesto que en esa tesitura «no fue sometido a cuestionario de salud ni redactó personalmente el impreso de adhesión al seguro, y por

tanto, no consta debidamente acreditado si fue o no interrogado acerca de su estado de salud previo», ha de quedar «exonerado del deber impuesto en el art. 10 de la LCS». Es decir, considera el recurrente que la “declaración de salud” no es un verdadero cuestionario de salud en los términos que exigen la ley y la jurisprudencia aplicables, sino una simple declaración, con un contenido previamente impreso, que no faculta al asegurado a dar respuestas propias y que formaba parte de la documentación que se entregó al asegurado junto con la del préstamo hipotecario.

Para resolver la cuestión, diferencia la sentencia las consecuencias entre la reticencia o inexactitud en la declaración del riesgo con las derivadas de la declaración u ocultación con dolo o culpa del tomador. Mientras la primera supondrá la reducción de la prestación, la segunda otorga a la aseguradora la facultad para rechazar el siniestro y liberarse del pago.

Asimismo, la Sala Primera hace un análisis de la última jurisprudencia dictada en la materia, y en concreto, hace expresa mención a la Sentencia de 16 de febrero del TS, en la que expresamente se recoge que el deber de declaración del riesgo, más que un deber de declaración, se configura como un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador, ya que este, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Asimismo, concluía estableciendo que “(...) En consecuencia, para la jurisprudencia la obligación del tomador del seguro

CONCLUSIÓN

Esta sentencia viene a interpretar el inciso II del artículo 10 de la LCS, introducido a su vez, ante la proliferación de sentencias dictadas por la Sala Primera del TS, que venían a configurar el deber de declaración del riesgo del tomador/asegurado, como un deber de contestación o respuesta a lo que expresamente le preguntara el asegurador, y que además establecía expresamente que el tomador quedaría exonerado de dicha obligación si no es sometido al correspondiente cuestionario, recayendo por tanto, el riesgo de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta en la compañía de seguros.

Esta sentencia, viene a “dar un respiro” a las compañías aseguradoras ante la proliferación de sentencias dictadas tanto por Juzgados de Primera Instancia como por Audiencias Provinciales, que en materia de seguros de vida y salud, fallaban a favor del asegurado al encontrarse con pólizas que no incorporaban como anexo un cuestionario de salud específico, descartando a su vez, otras formas de declaración del riesgo.

No obstante, la Sala Primera zanja la cuestión declarando que lo determinante para concluir si la aseguradora ha cumplido o no con la obligación de someter al cuestionario al asegurado, no es tanto la forma en la que se pregunte, sino que si las cuestiones formuladas fueron o no relevantes para que el asegurado, teniendo en cuenta sus circunstancias, pudo advertir o ser consciente de la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que la aseguradora debía conocer para poder concretar el riesgo asegurado.

Esto supone que los Tribunales deberán aceptar como válidas las denominadas “declaraciones de salud” que suelen incorporarse en las condiciones particulares de la póliza, –sin necesidad de que se incorpore un anexo con un cuestionario específico–, siempre y cuando se hubiera hecho referencia en dicha declaración aceptada por el asegurado específicamente, a un dato médico que el asegurado conociera en el momento de suscribir la póliza y que guarde relación con la patología que hubiera desencadenado finalmente en la incapacidad o fallecimiento del asegurado, según el caso.

de declarar a la aseguradora, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario que

esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, se

cumple “contestando el cuestionario que le presenta el asegurador, el cual asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta (...)”.

Asimismo, considera la sentencia que el tomador no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario fuera rellenado por el personal de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de aquella, pues lo verdaderamente relevante es que por la forma en la que se rellenó, se pueda concluir que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante.

No obstante, lo anterior, precisa la sentencia que aunque el deber de declaración del riesgo se traduzca en un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador no implica que el cuestionario deba revestir una forma especial, habiéndose otorgado por el Tribunal Supremo de eficacia a la “Declaración de Salud” que se incorpora a la documentación integrante de la póliza de seguro (Sentencia 482/2004, de 31 de mayo). Asimismo, alude, entre otras, a la sentencia del 16 de marzo de la Sala Primera, en la que ya se advertía que no existía obstáculo alguno en “examinar la Declaración de Salud con el alcance del cuestio-

nario al que alude el artículo 16 de la LCS”, si bien, en este caso se falla a favor del asegurado pero por el contenido específico de dicha declaración, ya que se trataba de una cláusula estereotipada acerca de la salud, sin concretar ninguna circunstancia relevante acerca de la determinación del riesgo.

Por tanto, considera la Sala Primera que lo determinante para considerar si se ha cumplido o no con el deber de declaración y de preguntar por la aseguradora, habrá de concretarse si las preguntas formuladas (cualquiera que sea la fórmula escogida) sean o no conducentes a que, “en sus circunstancias, el tomador pudiera razonablemente advertir o ser consciente de la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que la aseguradora debiera conocer para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas”.

Por todo lo anterior, se desestima el recurso de apelación interpuesto por el demandante, al considerar que: “con independencia de la forma elegida por el asegurador para dar cumplimiento a su obligación de someter al tomador/asegurado a un cuestionario, lo relevante es que las cuestiones integrantes de la «Declaración de salud» fueron su-

ficientemente claras para que el tomador pudiera razonablemente advertir, ser consciente y, por tanto, no ocultar la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que debía percibir como objetivamente influyentes para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas, máxime cuando a continuación de la declaración sobre su salud, pero también como declaraciones del asegurado, se incluyeron las relativas al no ejercicio de determinadas profesiones y actividades de riesgo y, en último lugar, la relativa al no consumo de tabaco y/o bebidas alcohólicas, con una precisión para esta última («salvo uno o dos vasos de vino o cervezas al día») que apoya más la tesis del tribunal sentenciador –participación consciente del hoy recurrente en su declaración– que la del recurso”.

4. LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

SSTS num. 72/2016, de 17 de febrero, 482/2004, de 31 de mayo, 693/2005, de 23 de septiembre, 157/2016, de 23 de septiembre.

STS de 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013.