

## ...en materia de seguros

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

### **LEGITIMACIÓN DEL TOMADOR/ASEGURADO DE UN SEGURO DE VIDA PARA RECLAMAR EN NOMBRE DEL BENEFICIARIO LA GARANTÍA CUBIERTA EN CASO DE FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD. CRITERIOS PARA DETERMINAR SI HA EXISTIDO OCULTACIÓN DOLOSA EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO**

Sentencia de la Sala Primera de Tribunal Supremo de 5 de abril de 2017.

*Ponente:* Francisco Marín Castán.

#### **1. INTRODUCCIÓN**

La materia analizada por esta sentencia suele generar bastante controversia en la práctica judicial, en concreto, nos referimos a la declaración de salud y cuestionario inherente al seguro de vida que ya hemos analizado en alguna ocasión. Si bien, podremos analizar mediante esta sentencia cómo la Sala Primera va perfilando cada vez los siguientes términos:

- a) La validez formal de la declaración de salud contenida en la póliza de seguro en relación al cuestionario al que se refiere el artículo 10 de la LCS
- b) La validez material de la declaración realizada por el tomador; es decir, si por el contenido podría concluirse que la aseguradora podría conocer su esta-

do de salud y si las preguntas que le hicieron eran bastantes para que el tomador pudiera ser consciente de que al ocultar cierto riesgo, está ocultando intencionadamente datos relevantes para la valoración exacta del riesgo.-

Además, esta sentencia tiene un valor añadido, y es que aborda una cuestión que se viene planteando por las aseguradoras en la gran parte de estos asuntos, y que hasta el momento se venía acogiendo en gran medida por las Audiencias Provinciales. Nos referimos a la falta de legitimación del asegurado/tomador para reclamar la indemnización correspondiente en nombre propio o en nombre del beneficiario.

#### **2. SUPUESTO DE HECHO**

Que con fecha 16 de febrero de 2009 la demandante suscribió con la aseguradora Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante, RV) con la mediación de RGA Mediación, una póliza de seguro de vida temporal que, además del riesgo de fallecimiento, cubría el de incapacidad permanente absoluta, en este caso con una suma asegurada inicial, mediante anticipo del capital, de 174.444,72 euros, y para los años sucesivos «el que figure en el recibo correspondiente a cada periodo». Que dicho seguro se vinculó al préstamo hipotecario que la demandante concertó en esa misma fecha con la entidad Caixa Rural por un importe de 180.000 euros, firmándose el seguro en la propia sucursal de esta entidad, y designándose a la misma como primera beneficiaria.

Que en la póliza se incluyó la siguiente «Declaración del asegurado» sobre su estado de salud: «(1) Tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica,

*infecciosa del aparato digestivo o endocrina -diabetes-) que haya precisado tratamiento médico [...]*». No obstante, al tiempo de suscribir la póliza y realizar esa «declaración de salud» la demandante ya llevaba varios años bajo seguimiento por posible psicosis inducida por el consumo de cocaína (desde el año 2003) y bajo tratamiento médico-psiquiátrico continuado, hasta que en el año 2011 fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide con defecto estable, por lo que le fue reconocida por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS) de fecha 8 de noviembre de 2011, una situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

Como consecuencia de lo anterior, en fecha 22 de diciembre de 2011 la demandante comunicó el siniestro a la aseguradora demandada y formuló su reclamación pecuniaria, si bien, fue denegado el pago por parte de la aseguradora al entender que en la fecha de efecto de la póliza la asegurada tenía antecedentes no declarados de las causas que motivaron el siniestro, motivo por el que se vio obligada a interponer demanda en reclamación de la suma asegurada (174.444,52 euros, capital pendiente de amortizar en el momento de declararse la invalidez) más 14.904,63 y 8,64 euros en concepto de daños, todo ello incrementado con los intereses legales. Se opone la aseguradora a la demanda planteando con carácter previo la excepción de falta de legitimación activa de la demandante para reclamar el pago para sí, dado que a fecha del siniestro subsistía una deuda con la entidad financiera prestamista designada en la póliza como primera beneficiaria, estando

legitimada la asegurada únicamente para el cobro del posible exceso o sobrante, si lo hubiere. En cuanto al fondo planteó que la demandante había incumplido su deber de declarar el riesgo, ocultando información conocida y relevante sobre su estado de salud, lo que, conforme al art. 10 LCS y a lo expresamente pactado (el art. 3. 3 d. de las condiciones generales de la póliza excluía la cobertura de las enfermedades previas), excluía el derecho a la indemnización.

En la audiencia previa la demandante se opuso a la excepción de falta de legitimación activa, y pretendió que al amparo del art. 426 LEC se le permitiera concretar su reclamación en la suma de 171.938,45 euros y aclarar que no reclamaba el pago de dicha cantidad para sí sino por cuenta de ella, por lo que debía inferirse de la demanda «que se condene al pago a cuenta de mi representada», pretensión que fue rechazada por el Juzgador.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda sin entrar en el fondo del asunto, al apreciar falta de legitimación activa de la demandante, al entender que la primera beneficiaria del seguro era la entidad de crédito que otorgó el préstamo hipotecario vinculado hasta el límite del importe pendiente de amortizar, por lo que no constando la negativa de la entidad prestamista a reclamar en su condición de beneficiaria ni que el préstamo se hubiera cancelado, la demandante no podía reclamar el pago en interés propio.

Contra dicha sentencia interpuso recurso de apelación la parte demandante que fue igualmente desestimado por la Audiencia Provincial de Valencia, que no solamente confirmó la falta de legitimación

activa de la demandante, sino que entró a valorar los motivos de fondo respecto a la infracción del deber de declarar el riesgo. En este sentido, la sentencia le reprocha haber ocultado que cuando firmó el seguro llevara desde el año 2003 en seguimiento facultativo por posible psicosis inducida por el consumo de cocaína y que había estado bajo tratamiento psiquiátrico.

La demandante interpuso contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal, que se plantea por los siguientes tres motivos: a) El motivo primero, formulado al amparo de los ordinales 3º y 4º del art. 469.1 LEC, se funda en la infracción del art. 10 LEC y del art. 24 de la Constitución respectivamente, por haberse negado la legitimación activa de la demandante-recurrente y conculcarse así su derecho a la tutela judicial efectiva. El motivo segundo, formulado al amparo del ordinal 3º del art. 469.1 LEC, se funda en infracción de los arts. 424.1 y 426.2 LEC, en relación con la posibilidad de subsanar el error material del suplico de la demanda en la audiencia previa. El motivo tercero y último, formulado al amparo del ordinal 2.º del art. 469.1 LEC, se funda en infracción del principio de justicia rogada previsto en el art. 216 LEC y del principio de congruencia del art. 218. LEC, en relación con el art. 465.3 y 5 LEC, al entender que no resultaba procedente resolver sobre el fondo al haberse estimado la falta de legitimación activa.

Igualmente, se interpone recurso de casación por interés casacional, tanto por la existencia de jurisprudencia contradictoria de las Audiencias Provinciales como por oposición a la doctrina jurisprudencial de esta Sala.

## 3. ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

Respecto al recurso de infracción procesal, y respecto a lo que aquí interesa, aborda la sentencia de forma conjunta los dos primeros motivos, partiendo del hecho reconocido por la propia Sala sobre la legitimación activa al tomador, sin perjuicio de que éste deba cumplir sus obligaciones con el beneficiario, particularmente en casos como este de seguros de vida e incapacidad vinculados con un préstamo hipotecario en los que el primer beneficiario es la entidad prestamista. En este sentido, hace mención a la jurisprudencia dictada sobre la materia, destacando la sentencia núm. 1110/2001 por la que se considera que, producido el siniestro (muerte o invalidez), la buena fe y el respeto a la moral (arts. 7.1, 1.255 y 1.258 CC) determinan que no resulte jurídicamente explicable que el banco no reclame a la aseguradora y decida seguir exigiendo el pago del capital pendiente a los prestatarios asegurados, o la sentencia núm. 119/2004 de 19 de febrero, por la que se calificó el seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario como «cláusula de garantía» en relación con el pago del préstamo, de modo que ambos contratos, seguro y préstamo, «llevan vidas paralelas».

Sin perjuicio de lo anterior, y en relación a la posibilidad de aclarar este extremo en la audiencia previa, establece en base a la jurisprudencia que la finalidad de ésta “es evitar confusiones, aclarar conceptos, suplir omisiones y corregir errores con el único límite de no alterar la causa de pedir”.

En base a lo anterior, concluye la sentencia que “el seguro litigioso respondía a un interés compartido

*por la tomadora/asegurada demandante y la entidad de crédito prestamista: el de la primera, quedar liberada de su obligación de devolver el préstamo si se producía el siniestro; y el de la segunda, garantizarse la devolución del préstamo si no lo devolvía la prestataria en caso de muerte o invalidez. Pero en cualquier caso es más que evidente el interés legítimo de la asegurada, y en caso de muerte el de quienes le sucedan en sus derechos y obligaciones, en que el seguro responda a la causa por la que se contrató, se haga efectivo y, en consecuencia, se la libere de su obligación de devolver el préstamo por quedar entonces la obligación de devolver el capital pendiente a cargo de la aseguradora.* Añade igualmente, que de no admitir tal legitimación podría dar lugar a que, por la inactividad de la entidad prestamista en cuanto a beneficiaria y su actividad como prestamista frente al prestatario, éste tuviera que seguir amortizando el préstamo, que es precisamente aquello frente a lo que le protege el seguro cuya prima soporta.

Entrando a analizar el recurso de casación, y en relación a la jurisprudencia alegada como contradictoria (sentencias núm. 625/2016 de 24 de octubre, y núm. 627/2016 de 25 de octubre), realiza la Sala un exhaustivo análisis de la última doctrina abordando las dos cuestiones controvertidas: por un lado, el valor como cuestionario de la declaración de salud que se integra en la propia póliza, y por otro lado, la configuración del deber del tomador de declarar el riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que expresamente pregunte el asegurador.

Respecto a la primera cuestión planteada, considera la sentencia

que la decisión adoptada por la Audiencia de reconocer validez a la declaración de salud contenida en la declaración fue correcta, habida cuenta que no existe una exigencia de forma especial para lo que el artículo 10 de la LCS denomina “cuestionario”. En este sentido, destaca la sentencia núm. 726/2016, de 12 de diciembre, que declara lo siguiente: “Ahora bien, que el deber de declarar el 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 pues, como apunta la parte recurrida, en numerosas ocasiones esta sala ha otorgado eficacia a la «Declaración de salud» que se incorpora a la documentación integrante de la póliza de seguro”.

En cuanto a la segunda cuestión, esto es, si la declaración de salud era también válida desde un punto de vista material, se analiza por la sentencia si por su contenido podía concluirse que la aseguradora podía conocer su estado de salud y si las preguntas realizadas fueron suficientes para que el tomador pudiera conocer si, al ocultar su patología, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

Antes de entrar sobre la solución adoptada, es preciso hacer mención a las tres sentencias que la Sala ha valorado para ello. Nos referimos a las sentencias del Tribunal Supremo núm. 726/2016 de 12 de diciembre, núm. 72/2016 de 17 de febrero, y núm. 157/2016 de 16 de marzo. De estas extraemos que si el cuestionario es genérico y acerca de la salud general que presenta el asegurado, no puede considerarse que al no mencionar ésta la enfermedad padecida infrinja el

deber de contestación o respuesta (STS núm. 157/2016), ahora bien, si por el contrario se le preguntó específicamente acerca de patologías concretas que hubieren precisado tratamiento médico, el tomador debía haber declarado aquellas patologías que pudieran guardar relación con las contenidas en el cuestionario (STS núm. 72/2016 y 726/2016).

En base a lo anterior, concluye la sentencia lo siguiente: *“En el asunto resuelto por la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre, a pesar de que la declaración de salud era de un tenor muy similar a la que ahora se enjuicia (..), lo determinante para que entonces se apreciara que hubo ocultación dolosa fue que el asegurado era conocedor de que sufría una patología cardíaca y respiratoria grave, por la que había precisado tratamiento con oxígeno domiciliario, y que, preguntado expresamente sobre si padecía o había padecido alguna enfermedad de esa misma naturaleza (cardíaca o respiratoria), lo negó, afirmando tener buena salud y plena capacidad para trabajar. En el asunto resuelto por la sentencia 72/2016, aunque las preguntas fueron más genéricas y no se le interrogó sobre una patología en concreto, al menos sí se le preguntó sobre si había tenido o tenía alguna limitación física o enfermedad crónica, situación en la que encajaban sus antecedentes por depresión. En cambio, en el presente caso, a diferencia de los dos anteriores, dados los términos en que se encuentra redactada la declaración de salud por parte de la compañía aseguradora, no cabe entender que porque la tomadora no manifestara en 2009 los antecedentes de posible psicosis que padecía desde finales de 2003 estuviera ocultando datos de salud relevantes*

## CONCLUSIÓN

**Parece que esta sentencia ha dejado clara una cuestión que venía siendo objeto de debate y resoluciones contradictorias por las Audiencias Provinciales, al establecer no sólo que el tomador del seguro de vida está legitimado para reclamar la cantidad asegurada en caso de fallecimiento o incapacidad, cuando la principal beneficiaria es la entidad bancaria, sino que además se trata de una cuestión que puede aclararse o modificarse en el acto de la audiencia previa. Y ello, por cuanto que considera que es más que evidente el interés legítimo de la asegurada para exigir que el seguro responda a la causa por la que se contrató, en su calidad de obligada a devolver el préstamo. Añade, igualmente, que de no admitir tal legitimación podría dar lugar a que, por la inactividad de la entidad prestamista en cuanto a beneficiaria y su actividad como prestamista frente al prestatario, éste tuviera que seguir amortizando el préstamo, que es precisamente aquello frente a lo que le protege el seguro cuya prima soporta.**

**En cuanto a la cuestión de fondo, resultan muy interesantes las conclusiones alcanzadas por la Sala Primera para las entidades aseguradoras en materia de declaración del riesgo y cuestionario recogido en el artículo 10 de la LCS. En primer lugar, vuelve a zanjar la cuestión de que la declaración contenida en el propio contrato de seguro tiene plena validez como cuestionario. Y respecto a la validez material de dicha declaración, se desprende un criterio que aclara mucho esta cuestión en mi opinión.**

**Considera la Sala Primera que lo relevante es que las preguntas formuladas por la aseguradora sean suficientes para que el tomador pueda ser consciente de la existencia de antecedentes médicos-sanitarios que la aseguradora deba conocer para valorar correctamente el riesgo. De esta forma, si el cuestionario es genérico, el asegurado no tendrá que responder sobre aquello que no se le pregunte; ahora bien, cuando en el mismo se refiere —en mayor o menor medidas— a enfermedad o tratamiento concretos, el tomador deberá declarar aquellas patologías que pudieran guardar relación con las contenidas en el cuestionario.**

*para la valoración del riesgo, pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectante a su salud mental (solo se aludió a patologías de tipo cardíaco, respiratorio, oncológico, circulatorio, infeccioso, del aparato digestivo o endocrino -diabetes-) ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental que condujeron finalmente a la incapacidad”.*

En tales circunstancias, y siguiendo el criterio de la sentencia núm. 157/2016, de 16 de marzo, estima el recurso la Sala Primera al considerar que debe ser la aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario -declaración de salud- y la consecuencia de que por tal imprecisión no llegara a conocer el estado de salud de la asegurada en el momento de suscribir la póliza, sin que pueda apreciarse incumplimiento doloso por el tomador del seguro del deber de declaración del riesgo que permita liberar a la

aseguradora del pago de la prestación reclamada con base en los arts. 10 y 89 LCS.

## 4. LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

*Artículo 10 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro.*

*SSTS de 24 de marzo de 2002 y 4 de diciembre de 2007.*

*SSTS núm. 726/2016 de 12 de diciembre, núm. 72/2016 de 17 de febrero, y a la núm. 157/2016 de 16 de marzo.*