

...en materia de seguros

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

SEGURO DE VIDA COLECTIVO. CRITERIOS PARA DETERMINAR SI HA EXISTIDO OCULTACIÓN DOLOSA EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO

Sentencia de la Sala Primera de Tribunal Supremo de 4 de octubre de 2017

Ponente: Francisco Marín Castán.

1. INTRODUCCIÓN

Con el estudio de esta sentencia venimos a profundizar en materia de contratación de seguro de vida, y en concreto, en lo relativo a la agravación del riesgo o lo que es lo mismo, en la interpretación y aplicación del artículo 10 de la LCS. En este sentido, nos remitimos al comentario de la sentencia dictada por la Sala Primera de 5 de abril de 2017, publicada en el nº 7 del año 53 (julio-agosto 2017) de esta revista, donde analizaba los criterios para determinar si ha existido ocultación dolosa en la declaración del riesgo por parte de un asegurado, fijados por la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Si bien, en el presente caso nos encontramos ante un seguro colectivo, contratado mediante un boletín de adhesión, y en el que a diferencia del caso anterior, resulta como hecho probado la preexistencia de una patología que esta-

ba relacionada con la enfermedad que determinó su invalidez, y en concreto, se analiza si el desconocimiento o falta de formación específica del asegurado unida a la parquedad del cuestionario al que fue sometido puede ser suficiente para estimar su pretensión, y por tanto, considerar que concurre el requisito de validez material de la declaración realizada por el tomador.

2. SUPUESTO DE HECHO

Con fecha 25 de agosto de 2005 el demandante, se adhirió al seguro (póliza nº 120507-0) suscrito por su empresa-tomadora con entidad aseguradora. Dicho seguro además del riesgo de fallecimiento, cubría el de incapacidad permanente absoluta, en este caso con una suma asegurada inicial de 62.000 euros. En el boletín de adhesión se incluyó un sucinto cuestionario de salud integrado por tres preguntas

a las que el asegurado respondió negativamente, siendo una de ellas del siguiente tenor:

“Padece o ha padecido algún tipo de enfermedad o accidente que le haya dejado alguna secuela o que necesite de algún tratamiento médico, régimen o intervención quirúrgica?”.

Y en la parte inferior de la misma página, inmediatamente antes de la fecha y de las firmas, figuraba la siguiente indicación:

“En caso de responder afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, cumplimentar la declaración de salud que figura al dorso”.

Al tiempo de suscribir el boletín de adhesión y de contestar a dichas preguntas sobre su salud, negando haber recibido tratamiento médico por razón de enfermedad preexistente, el demandante ya llevaba varios años con problemas de salud en sus extremidades inferiores (en concreto, en su pierna izquierda), de los que era plenamente consciente, ya que en las actuaciones se recogía que en febrero-marzo de 2003 habían comenzado sus problemas de trastorno progresivo en

jurisprudencia

la marcha con torpeza predominantemente en la pierna izquierda que luego se extendió a la colateral, los cuales venían afectando a su movilidad (dificultades al andar) aunque no le impedían desarrollar su trabajo habitual. Asimismo, se constataba que en agosto de 2005, tras el reconocimiento médico que le hizo su empresa solo unos días antes de que se firmara el boletín de adhesión, aunque se le declaró apto para su trabajo, se dejó constancia en el apartado de antecedentes de sus problemas en la pierna izquierda -paresia espástica-, y de la medicación que venía tomando -Lioresal-. Igualmente, había quedado acreditado que el agravamiento de su enfermedad determinó su ingreso en agosto de 2006, emitiéndose informe de alta con fecha 30 de agosto en el que, al margen de una hernia discal C5-C6, se le diagnosticó "probable enfermedad de primera motoneuro" la que determinó finalmente su invalidez.

Tras comunicar el siniestro a su aseguradora y formular su reclamación pecuniaria, la compañía de seguros denegó reiteradamente el pago alegando falsedad en la declaración de salud, esto es, que a tenor del contenido de la declaración del asegurado, 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. Tras la negativa del asegurado, el reclamante interpuso demanda de juicio ordinario en reclamación de la cantidad asegurada más los intereses del artículo 20 de la LCS.

La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en

síntesis, que el asegurado había infringido su deber de declarar el riesgo al ocultar dolosamente, en el momento de contestar al cuestionario de salud, que venía padeciendo desde años antes una patología por la que venía recibiendo tratamiento médico lo cual implicaba que tenía antecedentes médicos conocidos por él (pues en el cuestionario tan solo se preguntaba si estaba tomando tratamiento médico) que influían en la correcta valoración del riesgo y estaban directamente relacionados con la causa de invalidez que finalmente se le reconoció, por lo que resultaba de aplicación el artículo 10 de la LCS.

La sentencia de primera instancia estimó íntegramente la demanda. Consideró que aunque la patología presentada por el paciente no le restó aptitud para trabajar sí le obligó a recibir tratamiento médico. Sin embargo, dicha conducta del asegurado, de reserva o inexactitud, no podía calificarse de dolosidad de gravemente culposa en los términos del artículo 10 de la LCS, porque se trataba de una persona sin formación específica, que no tenía conciencia de su enfermedad ni de su gravedad, y porque la parquedad y generalidad del cuestionario no podía operar en contra del asegurado, cuya falta de diligencia no podía considerarse grave, y que no era aplicable al caso el artículo 11 de la LCS sino el 89 LCS, el cual, para los casos en que el asegurado no ha actuado con dolo, contempla la «inimpugnabilidad» del contrato transcurrido un año desde su conclusión.

Frente a dicha sentencia se interpuso recurso de apelación por la aseguradora demandada, del cual conoció la Audiencia Provincial de Tarragona que estimó el recurso

al considerar que de conformidad con la jurisprudencia interpretadora del artículo 10 de la LCS, el deber de declaración del riesgo se concibe como un deber de contestación al cuestionario de salud, el cual no está sujeto a forma especial; que incumbe al asegurado el deber de declarar con la máxima buena fe todas las circunstancias que delimitan el riesgo, así como que el asegurado actuó dolosamente por cuanto que conocía que tenía un problema médico y que estaba siendo tratado con «Lioresal», pese a lo cual no lo declaró al suscribir el boletín de adhesión al negar que tuviera una enfermedad por la que recibiera tratamiento.

Se interpone por el reclamante recurso extraordinario por infracción procesal así como recurso de casación que se formula por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, con fundamento en la infracción de los arts. 89 y 10 LCS y jurisprudencia que los interpreta.

3. ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

En lo que respecta a la materia que nos interesa, lo que se plantea en el recurso de casación, es que la sentencia recurrida se limita a concluir que el comportamiento del demandante recurrente fue doloso, pero sin explicar las razones en que apoya dicha conclusión, contraria a la alcanzada en primera instancia y que además prescinde de un hecho tan relevante como "lo parco del cuestionario y lo genérico de la primera pregunta", aspectos que han llevado a esta sala a considerar que debe ser el asegurador quien asuma las consecuencias de su falta de precisión o concreción (se cita y

jurisprudencia

extracta la sentencia de 20 de abril de 2009 y, además, para justificar el interés casacional, las sentencias de 4 de diciembre de 2014 y 18 de julio de 2012).

En trámite de oposición la aseguradora alega que la conclusión de que la conducta del asegurado fue dolosa es compatible plenamente con los hechos probados ya que, aunque no tuviera conciencia de su enfermedad, el recurrente sí sabía que tenía un problema médico por el que estaba siendo tratado con «Lioresal», pues así lo manifestó tan solo una semana antes en la revisión médica que le hizo su empresa; que por ello fue dolosa su ocultación al responder negativamente a la concreta pregunta de si estaba recibiendo tratamiento por una enfermedad anterior. Además, considera que dicha ocultación fue relevante para la valoración exacta del riesgo, ya que de haberse conocido no se habría celebrado el contrato. En este sentido, se añade por el recurrente que la Sala viene apreciando dolo del asegurado en la ocultación a sabiendas de datos que conocía y guardaban relación con las preguntas contenidas en los cuestionarios, incluso aunque estas fueran genéricas y no hicieran referencia a patología o enfermedad en particular.

La Sala Primera parte de un estudio exhaustivo de la última jurisprudencia dictada en la materia, aplicando en el presente caso las consecuencias analizadas en la sentencia núm. 72/2016, de 17 de febrero, por presentar mayor similitud el supuesto de hecho. En este caso se apreció la existencia de una actuación dolosa del asegurado/tomador por ocultar a sabiendas datos sobre su salud (antecedentes sobre depresión y

CONCLUSIÓN

Resuelve la Sala Primera del Tribunal Supremo -siguiendo la línea jurisprudencial marcada en los últimos años, y en concreto, en la sentencia de fecha 5 de abril de 2017, si bien en este caso a favor de la aseguradora-, si en el supuesto planteado ha habido ocultación al haber contestado el tomador de forma negativa a la pregunta genérica -sin especificar enfermedad relacionada- si estaba tomando tratamiento médico, cuando años atrás venía tomando un medicamento prescrito para la impotencia funcional de una pierna que no le impedía el desarrollo normal de su trabajo.

La Sala Primera, partiendo de la validez formal del cuestionario –que no resulta un hecho controvertido-, resuelve la controversia suscitada en relación a la validez material del cuestionario, en el sentido de que aunque el mismo resultara bastante escueto y genérico -al no concretarse enfermedad alguna-, dicha generalidad a la hora de preguntar no era suficiente para justificar la respuesta negativa dada por el tomador. Y ello, al considerar que la falta de formación específica del asegurado unida a dicha generalidad no es suficiente para considerar que no existe dolo o mala fe, y por tanto, aplicar lo dispuesto en el artículo 89 de la LCS.

Por tanto, además de hacer extensibles los criterios establecidos en la sentencia de 5 de abril de 2017 en materia de declaración del riesgo a los seguros de vida colectivos, viene a reconocer expresamente que no es necesario que el cuestionario médico venga referido a una enfermedad concreta, o lo que es lo mismo la falta de respuesta o la respuesta negativa en relación a la pregunta sobre si precisa tratamiento alguno aunque se haga de forma genérica -sin venir referida a ninguna enfermedad en concreto-, en un supuesto como el que nos encontramos en el que efectivamente el asegurado necesitaba un tratamiento “no genérico”, supone una ocultación dolosa que conlleva la exoneración del asegurador.

posterior trastorno bipolar, que precisaron tratamiento con medicación) conocidos por él y que guardaban relación con las pre-

guntas de los cuestionarios y con la naturaleza y cobertura de los seguros de vida e invalidez suscritos.

Considera la Sala Primera que –a diferencia de dicho supuesto- el hecho de que no se le formularon al asegurado preguntas concretas sobre una patología o enfermedad en particular no es suficiente para justificar sus reticencias, porque aunque no fuera plenamente consciente de la concreta enfermedad que padecía o de su gravedad, “*indudablemente sí que era conocedor de que padecía importantes problemas de salud de presumible evolución negativa por los que había precisado consulta médica y la realización de diversas pruebas, y, por tanto, de que esos problemas eran los que le habían llevado a estar bajo tratamiento médico con «Lioresal», que es el dato cuya ocultación a la aseguradora no puede tener cabida en la buena fe*» («canon de la buena fe» según sentencia 1373/2007, de 4 de enero) que preside la relación contractual de seguro, por cuanto no se trataba de un medicamento indicado para problemas de salud cotidianos, comunes o habituales que el asegurado pudiera representarse como desvinculados del riesgo asegurado, sino de un medicamento de prescripción, indicado para enfermedades graves

como *la esclerosis múltiple*, que el asegurado además no tuvo reparo en mencionar tan solo unos días antes en la revisión médica de la empresa”.

En consecuencia, entiende la sentencia que la pregunta de si padecía alguna enfermedad que necesitara tratamiento puede considerarse genérica pero, por la naturaleza de los padecimientos que venía sufriendo el asegurado desde años antes, que afectaban a su movilidad y tenían un pronóstico de evolución negativa, y por el carácter específico para el tratamiento de tales padecimientos que tenía el concreto medicamento que se le había prescrito (según el vademécum, su dispensación exige prescripción médica), unido a la advertencia que aparecía en el propio boletín de adhesión (en el sentido de que una respuesta positiva determinaría la necesidad de responder a un cuestionario más exhaustivo), existían suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo cubierto, máxime si se tiene en cuenta que entre el reconoci-

miento médico laboral en el que sí mencionó el tratamiento que seguía desde años antes y sus respuestas al cuestionario, en las que negó cualquier tipo de tratamiento, mediaron tan solo unos días.

En consecuencia, concluye la sentencia que la resolución recurrida no infringe los artículos 10 y 89 de la LCS, porque aun cuando el recurrente no fuera plenamente consciente de la gravedad de su enfermedad, -razón por la que la sentencia de primera instancia rechazó aplicar en su contra el artículo 10 de la LCS-, su silencio acerca del tratamiento que seguía por una patología que se había manifestado dos años antes y que empeoraba progresivamente siempre sería subsumible en el concepto de «culpa grave» como negligencia inexcusable.

4. LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 10, 11 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro.

SSTS núm. 726/2016, de 12 de diciembre, núm. 72/2016, de 17 de febrero y núm. 222/2017, de 5 de abril.