

2 ...en materia de seguros

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

LA FALTA DE CUESTIONARIO MÉDICO NO AFECTA A LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR CUANDO EL RIESGO HABÍA NACIDO ANTES DE LA FIRMA DEL CONTRATO.

Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de julio de 2018.
Ponente: Francisco Marín Castán.

1.- Introducción

Esta sentencia viene a abordar un asunto muy relacionado con la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de mayo de 2018 (ponente Francisco Javier Orduña Moreno), analizada en el número anterior de esta revista, ya que en definitiva viene a determinar si el seguro de vida con cobertura de invalidez absoluta resulta nulo en virtud de lo dispuesto en el artículo 4 de la LCS, añadiéndose en el presente caso una particularidad que consideramos relevante y de gran trascendencia en el mundo asegurador. Y es que al tratarse de un seguro de vida, se discute si el hecho de que la aseguradora no hubiera sometido –tal y como exige el artículo 10 de la LCS–, al asegurado al correspondiente cuestionario médico impide o no la declara-

ción de nulidad del referido contrato de seguro y por tanto, la liberación de pago del asegurador por el hecho de haber ocultado éste antecedentes relevantes que hubieran incluso determinado que la declaración de invalidez se habría concedido con anterioridad a la firma del contrato.

2.- Supuesto de hecho

El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra su compañía de seguros, exigiéndole el pago de la cantidad que decía corresponderle tras haberle sido reconocida una invalidez permanente absoluta que se encontraba cubierta por el seguro de vida con garantía de incapacidad suscrito en su día.

Con fecha 9 de julio de 2010 y fecha de efecto 7 de

junio de 2010, se suscribió la póliza entre el demandante y la entidad Axa Aurora Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros (Axa Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros), por la que se concertaba un seguro de vida para caso de fallecimiento denominado «2274 VIDA PLENA» que incluía entre sus coberturas el riesgo de «invalidez por cualquier causa» con un capital asegurado de 250.000 euros. El riesgo objeto de cobertura quedaba delimitado en la póliza en los siguientes términos:

«Qué le cubre:

»Es la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por cualquier causa que le incapacita para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional.

»Irreversible y consolidada:

»Es la situación proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas cualquiera que sea la causa, siempre que el diag-

nóstico de esta situación sea considerado irre recuperable por los peritos médicos.

»Igualmente, se considerará invalidez el dictamen por el Organismo competente de una Incapacidad Permanente Absoluta.

»Qué no le cubre:

»Además de las exclusiones generales de la póliza incluidas en el apartado "Exclusiones generales de la póliza", en esta póliza no está cubierta:

»a) La invalidez causada voluntariamente por el Asegurado durante el primer año de vigencia del contrato.

»b) La derivada de la Resolución de Incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.

»El pago de esta garantía, como anticipo del capital de fallecimiento, supone la anulación de la póliza».

De la documentación médica incorporada a las actuaciones resultó que, tras sufrir algún brote psicótico, el asegurado llevaba en tratamiento por el Servicio de Psiquiatría desde noviembre de 2007 por una «clínica activa psicótica compatible con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide». Consta acreditado en autos que en enero de 2008 fue diagnosticado de esta enfermedad mental y comenzó su tratamiento; que a consecuencia de esta patología permaneció de baja laboral desde abril de 2008 hasta el 20 de noviembre de 2009, y que si entonces no fue administrativamente declarado en situación de incapacidad permanente absoluta fue porque no se presentó a la cita con el

tribunal médico. También consta que a consecuencia de dicha patología comenzó un nuevo periodo de baja el 1 de junio de 2010, situación que persistía a la fecha de inicio de los efectos de la póliza.

Por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante INSS) de fecha 4 de abril de 2011 –posterior a la entrada en vigor de la póliza-, dictada a propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección Provincial del INSS de Pontevedra, el demandante fue declarado en situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, constando como cuadro clínico residual desencadenante de dicha incapacidad una esquizofrenia paranoide.

A primeros de septiembre de 2011 el asegurado formuló reclamación a su aseguradora, que contestó requiriendo la aportación de determinada información. Pese a insistir el asegurado en que había atendido debidamente tal requerimiento, la aseguradora consideró que había incumplido su deber de información y le comunicó por burofax (recibido el 17 de abril de 2012) su decisión de rehusar el siniestro y de anular la póliza.

Con fecha 7 de mayo de 2014 el asegurado promovió demanda contra su compañía de seguros en reclamación de la suma asegurada para el riesgo de invalidez (250.000 euros), más los intereses del art. 20 LCS y costas procesales.

La compañía demandada se opuso a la demanda alegan-

do, en lo que aquí interesa y en síntesis:

(i) que según un informe elaborado por la empresa de investigación Gesterec el asegurado había participado en una trama fraudulenta dirigida a engañar al INSS y a la aseguradora demandada, puesto que conocía la enfermedad mental que padecía desde mucho tiempo antes y la misma había motivado que estuviera de baja desde abril de 2008 al 20 de noviembre de 2009, a pesar de lo cual, tras agotar el periodo máximo legalmente previsto por incapacidad temporal (18 meses), decidió no acudir a la cita con el EVI fijada para el 1 de octubre de 2009 y de este modo paralizar el proceso administrativo de incapacidad y contratar un seguro de vida con cobertura de invalidez;

(ii) que esta póliza se suscribió el 9 de julio de 2010 con efecto inicial el 7 de junio de 2010, y que fue en esta última fecha cuando se solicitó el seguro y no el 19 de mayo de 2010 indicado como tal en la demanda con base en un recibo que la demandada negaba haber emitido y cuya autenticidad expresamente impugnaba; y

(iii) que por todo ello el demandante carecía de derecho a ser indemnizado de conformidad con el art. 4 de la LCS, debiendo entenderse por siniestro en un caso como el presente la situación física de falta de capacidad del asegurado a causa de la enfermedad que padecía -que le había sido diagnosticada desde al menos el 9 de febrero de 2009 y que habría permitido que se le reconociera

administrativamente en noviembre de 2009 de no haber faltado a la cita con el tribunal médico- con independencia de que la declaración administrativa tuviera lugar en 2011, ya vigente la póliza.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda con imposición de costas al demandante, al considerar que el seguro era nulo de acuerdo con lo dispuesto en el art. 4 de la LCS, pues «a la fecha en que se concertó el contrato de seguro entre las partes, el siniestro o la materialización del riesgo asegurado (la situación de invalidez del Asegurado) ya había acaecido (aunque la resolución administrativa que declara la incapacidad recayera con posterioridad a la suscripción del seguro, lo que fue debido -únicamente- a la conducta del propio actor al no comparecer a un reconocimiento médico».

La sentencia de segunda instancia, desestimando el recurso de apelación del demandante, confirmó la sentencia apelada con imposición de costas al apelante, al considerar solo a él imputable que no se le reconociera administrativamente la incapacidad con anterioridad y que la ausencia de cuestionario de salud no es óbice para declarar la nulidad del seguro con arreglo a dicho precepto en casos como este en que se prueba la preexistencia de la enfermedad.

El demandante interpuso contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación por interés casacional por oposición a la doctrina jurisprudencial

de esta sala, en las sentencias 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo, acerca de si el riesgo cubierto en los seguros de invalidez es la iniciación de la enfermedad o la declaración de la incapacidad por los órganos correspondientes.

3.- Argumentación Jurídica

En cuanto a lo que aquí interesa relativo al recurso de casación, considera el recurrente que debe estimarse la demanda habida cuenta que, de acuerdo a la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, y contrariamente a lo resuelto por la sentencia recurrida, en caso incapacidad o invalidez causada por una enfermedad la fecha determinante de la cobertura «es la de la declaración de estas situaciones, no la de la enfermedad que las originó», y que la sentencia recurrida no extrae las debidas consecuencias de la falta de cuestionario, pues al ser legalmente necesario para una adecuada valoración del riesgo (art. 10 LCS) era la aseguradora quien debía pechar con las consecuencias de su omisión en el sentido de que, si a pesar de todo decidió concertar el seguro, se trató de un seguro válido aunque el curso causal de la enfermedad que desembocó en la declaración de invalidez se hubiera iniciado con anterioridad.

En definitiva, la controversia en casación se ciñe a determinar si en este caso concurren las causas legales (inexistencia de riesgo o preexistencia del siniestro en el momento de contratar) para declarar la nulidad radical del contrato de seguro con base

en el art. 4 LCS, incluso aunque la aseguradora no presentara cuestionario de salud.

Partiendo de los hechos probados y en atención a los fundamentos que sirven como antecedentes de la sentencia 449/2013, de 10 de julio, considera la sentencia que concurren las mismas razones para considerar nulo el seguro con base en el art. 4 de la LCS y, en cambio, no se dan las circunstancias en que se fundaban los reparos del voto particular integrado en dicha sentencia, pues en aquel caso la enfermedad fue una fibromialgia, «cuyo diagnóstico y determinación de su exacto alcance invalidante son problemáticos», mientras que en el presente caso la enfermedad era una esquizofrenia paranoide diagnosticada desde mucho tiempo antes de la contratación del seguro y por la que el hoy recurrente había llegado a estar de baja, también antes de contratar el seguro, durante un periodo tan significativamente prolongado como un año y nueve meses, hasta el punto de que antes de contratar el seguro había interesado la declaración de incapacidad permanente absoluta.

Asimismo, concluye la sentencia que si a lo anterior se une que fue el propio asegurado quien impidió su declaración de invalidez antes de contratar el seguro, al no presentarse ante el tribunal médico por razones que solamente él mismo tendría que haber alegado y justificado; -circunstancias que en el caso de la sentencia de esta sala 323/2018, de 30 de mayo, no concurren-, y considerando

que la sentencia 279/2018, de 18 de mayo, aun versando sobre un seguro de accidentes y no de invalidez por enfermedad, consideró nulo ese seguro con base en el art. 4 de la LCS aunque la incapacidad permanente se declarase después, la conclusión de que la sentencia recurrida no se opone a la doctrina jurisprudencial viene a corroborarse por completo. Y añade la Sala: “pues los avatares posteriores a la contratación del seguro, incluidos los reflejados en la documental aportada durante el trámite ante esta sala, podrá tal vez desvirtuar el fraude del recurrente a la seguridad social, pero no que, materialmente, en el momento de concluirse el seguro ya había ocurrido el siniestro”.

En definitiva, es patente que, en el presente caso, dado el conjunto de circunstancias concurrentes al contratarse el seguro faltaba el elemento de la aleatoriedad, consustancial al contrato de seguro como resulta de las causas por las que el propio art. 4 de la LCS establece su nulidad, de forma que se desestima el recurso y por ende, se absuelve a la aseguradora de las peticiones formuladas.

4.-Legislación y jurisprudencia citadas.

Artículos 4 y 10 de la Ley de Contrato de Seguro

STS 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo

STS 323/2018, de 30 de mayo, y 279/2018, de 18 de mayo.

CONCLUSIONES

De la sentencia referida en este recurso, núm. 279/2018, de 18 de mayo, quedó suficientemente claro las consecuencias previstas en el artículo 4 de la LCS, y la importancia a la hora de contratar un seguro de accidentes (y, en definitiva, cualquier modalidad de contrato de seguro), de que el siniestro no se haya producido o que no haya antecedentes de entidad que puedan suponer la producción del riesgo asegurado antes de la suscripción de la póliza. Pero qué sucede cuando la aseguradora podría haber advertido dicho extremo de haber cumplido con una obligación impuesta por la misma Ley de Contrato de Seguro. Es decir, ¿qué ocurre cuando un seguro de vida se suscribe, sin que por parte de la aseguradora se haya cumplido con la obligación de someter al asegurado al cuestionario médico, de forma que de haberlo hecho hubiera permitido no sólo determinar antecedentes médicos relacionados sino advenir que tanto la enfermedad como la consecuente incapacidad objeto del riesgo asegurado ya se había producido? En este supuesto, ¿también igualmente tendría que soportar la aseguradora las consecuencias de dicha falta de cuestionario?

A la vista de esta sentencia, parece que la Sala Primera lo tiene claro, al considerar que si con anterioridad a la firma del contrato había elementos suficientes para determinar no sólo una enfermedad relacionada con la que finalmente determina la incapacidad del asegurado, sino también que dicha incapacidad podría haberse determinado de forma administrativa, no sólo se absuelve a la aseguradora de abonar la correspondiente prestación sino que es más que suficiente para determinar la nulidad del contrato, nulidad, que en el presente caso vendría determinada por el hecho de que el demandante padecía la enfermedad mental que determinó su incapacidad con anterioridad a suscribir la póliza.