

Año 59 / N°05 /
Abril 2023

rc

www.inese.es

REVISTA DE
RESPONSABILIDAD
CIVIL Y SEGURO

La cesión del crédito resarcitorio del asegurado y del perjudicado frente a la aseguradora del responsable

IVÁN GONZÁLEZ BARRIOS

Abogado, profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de La Laguna.



IMPLICACIONES DE LA NUEVA LEY DEL DEPORTE EN LAS CUANTÍAS DE LAS PRESTACIONES MÍNIMAS DEL SEGURO OBLIGATORIO DEPORTIVO | LA EXCLUSIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL EN LA RC DE EXPLOTACIÓN | ACCIDENTE EN PRÁCTICA DEPORTIVA DE KART POR COLISIÓN TRASERA DE OTRO PARTICIPANTE



...en materia de seguros

INFRACCIÓN DEL ARTÍCULO 10 LCS. EL ASEGURADO NO DECLARÓ EN EL CUESTIONARIO MÉDICO LA PATOLOGÍA OCULAR GRAVE QUE SUFRÍA, PUES EL SEGUIMIENTO O CONTROL DEL PACIENTE POR UN MÉDICO ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO MÉDICO.

Sentencia de 27 de marzo de 2023 de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

Ponente: Francisco Marín Castán.

**Javier López García
de la Serrana**

*Abogado - Doctor en Derecho
Director de HispaColex*

1.- INTRODUCCIÓN

El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra su compañía de seguros, para el cumplimiento del contrato de seguro de vida con cobertura de invalidez que se encontraba en vigor al producirse el siniestro, consistente en la declaración de incapacidad permanente absoluta (IPA) a consecuencia de una enfermedad ocular crónica que sufría con anterioridad a la firma del contrato de seguro, y que le ocasionaba una pérdida de capacidad visual que aumentaba progresivamente con los años.

La controversia analizada en casación se centra en determinar si el asegurado infringió o no su

deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud, al contestar negativamente a preguntas relativas a si tenía alguna alteración física, si le habían aconsejado someterse o se había sometido a algún chequeo o revisión médica, o si había padecido o padecía en ese momento alguna enfermedad, no mencionada, que le hubiera obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días.

2.- SUPUESTO DE HECHO

El 14 de enero de 2009, pero con fecha de efecto 1 de enero del mismo año y una duración de veinte años, el reclamante, se adhirió a

la póliza colectiva de la que era tomadora la citada entidad financiera para la que prestaba sus servicios. Además del riesgo de fallecimiento, el seguro cubría el de invalidez permanente absoluta, en ambos casos con una suma asegurada inicial de 40.000 euros. El seguro estaba vinculado a un contrato de préstamo concedido por la propia entidad bancaria tomadora, razón por la cual en el certificado individual se designó a la prestamista como primera beneficiaria.

En el boletín de adhesión se incluyó una "declaración de salud del asegurado", que fue cumplimentada por el propio asegurado en la intranet, utilizando el equipo informático asignado a su pue-

to de trabajo, sin intervención de ningún agente o trabajador de la aseguradora, y tenía el siguiente contenido: "1.3. En las condiciones generales de la póliza se estableció, como causa de exclusión de la garantía de invalidez (art. 3, apdo. 2): d) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro y que no se le comunicaran a la Aseguradora en el momento de formalizar el seguro".

En relación con los antecedentes de salud del asegurado en el momento de suscribir la póliza, consta acreditado:

a) que desde su juventud venía padeciendo problemas de visión que el interesado achacaba a complicaciones derivadas de un episodio de hipertensión intracraneal sufrido durante su adolescencia;

b) que esos problemas le llevaron a visitar en 2003 al médico especialista en oftalmología, quien con fecha 7 de mayo de 2013 -y a petición del propio asegurado-, emitió un informe refiriendo que el paciente había sido diagnosticado ya en 2003 de su patología ocular, en concreto, de "miopía magna bilateral, hipoplasia y atrofia de ambos nervios ópticos, disminución del calibre de los vasos retinianos, déficit importante y generalizado del campo visual en ambos ojos y pruebas electrofisiológicas normales en aquel momento" y que la pérdida de capacidad visual había ido aumentando progresivamente con los años;

c) que su patología, para la que no existía tratamiento médico, no le impidió el normal desempeño de su actividad laboral hasta la fecha en que se le reconoció la si-

tuación de invalidez.

Con fecha 7 de enero de 2015 el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección Provincial del INSS de Badajoz emitió dictamen-propuesta calificando al asegurado como "trabajador incapacitado permanente, en grado de ABSOLUTA", a causa de enfermedad común, indicando como cuadro clínico residual "miopía magna bilateral. Atrofia óptica bilateral" y como limitaciones orgánicas y funcionales "deficiencia oftalmológica 4 ojo izquierdo, 3 ojo derecho". Por resolución de 20 de enero de 2015 de esa misma Dirección Provincial se le reconoció una incapacidad permanente absoluta (IPA) para todo trabajo.

A finales de marzo de 2015, el asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora, a lo que la ésta contestó por escrito de fecha 28 de julio de 2015 rechazando el siniestro al considerar que la IPA traía causa de problemas de salud preexistentes a la firma del contrato, en concreto, problemas oculares que le fueron diagnosticados en 2003 y que fueron ocultados por el asegurado.

Intentada sin éxito la conciliación, con fecha 31 de enero de 2018 el asegurado promovió el presente litigio contra la aseguradora reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, que se condenara a la demandada a entregar al demandante la cantidad de 40.000 euros más los intereses del art. 20 LCS. En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis, que la aseguradora debía hacerse cargo del siniestro porque el demandante en ningún momento había ocultado a la aseguradora sus antecedentes de sa-

lud causalmente relacionados con la enfermedad determinante de su invalidez, dado que la declaración de salud contenía preguntas genéricas y no se le preguntó por ninguna patología que el asegurado pudiera vincular con los antecedentes de 2003, y que estos no le habían impedido seguir trabajando.

La aseguradora demandada se opuso a la demanda, alegando en síntesis, que: (i) el asegurado carecía de legitimación activa porque la primera beneficiaria era la entidad prestamista; (ii) el asegurado había infringido el art. 10 de la LCS al haber ocultado dolosamente a la aseguradora información conocida y relevante sobre su estado de salud, en concreto la enfermedad ocular que padecía y que se le había diagnosticado mucho antes de firmar la póliza; y (iii) además, en la propia póliza se contenía una exclusión de cobertura referente a enfermedades preexistentes.

La sentencia de primera instancia estimó íntegramente la demanda y condenó en costas a la demandada. Razonó, en síntesis, lo siguiente: "(i) según la jurisprudencia, en casos como este el asegurado está legitimado activamente para reclamar el cumplimiento del contrato de seguro aunque el beneficiario sea un tercero; (ii) pese a que el asegurado fue diagnosticado de su enfermedad ocular en 2003 y era consciente de ella cuando firmó la póliza y contestó negativamente a todas las preguntas de la declaración de salud, sin embargo, no podía concluirse que infringiera su deber de declarar el riesgo, pues las preguntas que se le hicieron fueron genéricas, estereotipadas y ninguna de ellas

referida a problemas de visión, a lo que se unía que no seguía tratamiento ni estaba bajo supervisión médica por sus problemas oculares, razones que le impidieron vincular sus antecedentes de salud con la enfermedad causante de su invalidez; (iii) en consecuencia, ha de ser la entidad aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario de salud”.

La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación de la aseguradora demandada, revocó la sentencia de primera instancia y desestimó la demanda, imponiendo las costas de la primera instancia al demandante y sin imponer a ninguna de las partes las de la segunda instancia. Sus razones fueron, en síntesis, que el asegurado infringió el art. 10 de la LCS, por ocultación dolosa, ya que la enfermedad causante de su invalidez (miopía magna bilateral y atrofia óptica bilateral), la padecía desde mucho antes de firmar la póliza toda vez que se le había diagnosticado en 2003, y aunque la jurisprudencia reconoce que el deber de declarar el riesgo es un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que recaen las consecuencias que derivan de no presentar un cuestionario o de la presentación de un cuestionario con preguntas no pertinentes para valorar adecuadamente el riesgo, en este caso las preguntas de la declaración de salud, que el asegurado contestó por sí, sin intervención alguna de agente o trabajador de la aseguradora, sí le permitieron vincularlas con sus antecedentes de salud y, por tanto, ser consciente de que por la relevancia de su patología ocu-

lar no debía ocultarla para que la compañía pudiera valorar adecuadamente el riesgo.

El demandante interpuso recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de la Sala Primera del Tribunal Supremo sobre la validez material de la declaración de salud, compuesto de un solo motivo fundado en infracción del art. 10 de la LCS según su interpretación jurisprudencial.

3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

El único motivo del recurso se funda en infracción del art.10 de la LCS, alegando el recurrente, en síntesis, que no vulneró su deber de declarar el riesgo por el hecho de responder negativamente a las preguntas contenidas en la declaración de salud, pues nunca estuvo de baja, ni hospitalizado, ni sometido a intervención quirúrgica o a tratamiento médico, y las preguntas sobre enfermedades que se le formularon eran genéricas, ninguna referida a su enfermedad ocular, sin que el simple hecho de que tuviera conocimiento de su déficit visual y no informara de ello al asegurador, pueda considerarse reticencia alguna. En definitiva, se argumenta que ninguna de las preguntas fue conducente a que se representara sus padecimientos oculares como uno de los problemas de salud por los que era preguntado, debiendo ser la aseguradora la que soporte las consecuencias de no haber presentado un cuestionario correctamente.

La aseguradora se opone al recurso, al considerar que la sentencia recurrida aplica correctamente

el art. 10 de la LCS y su jurisprudencia a los hechos probados, de modo que su decisión es el resultado de ponderar las concretas circunstancias concurrentes en este caso, entre ellas que el demandante era consciente de padecer una enfermedad ocular degenerativa desde mucho antes de firmar la póliza, y que fue el propio asegurado, aprovechándose de su condición de empleado de la entidad bancaria comercializadora del seguro, el que contrató el seguro y cumplimentó el cuestionario, sin intervención de terceros que hubieran podido percibir sus problemas oculares, a lo que se une que en la propia póliza se contenía una exclusión de cobertura referente a enfermedades preexistentes, plenamente válida y oponible.

Para resolver el recurso, la sentencia hace referencia a diversas resoluciones relevantes dictadas por la Sala Primera del Tribunal Supremo en la materia, como por ejemplo, las sentencias 839/2021, de 2 de diciembre, y 785/2021, de 15 de noviembre, ambas con cita de la 235/2021, de 29 de abril, que concluyen que:

“(i) el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro; y (ii) lo que esta sala debe examinar es

si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro".

En la misma sentencia 235/2021 también se afirma lo siguiente: "(...) que del art. 10 de la LCS resulta claramente que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado sino el dolo o la culpa grave, es decir, la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad".

Igualmente, hace mención dicha sentencia a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto, de forma que el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 de la LCS precisa que concurren los requisitos siguientes: "1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; 3) que el riesgo declarado sea distinto del real; 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y 6) que exista una re-

lación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto".

Por otro lado, y respecto la validez del cuestionario médico o de salud, y a si está se ha conformado o no de forma ambigua o genérica, la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo viene declarando, en síntesis, que "el asegurado infringe su deber de declaración del riesgo cuando, pese a la generalidad del cuestionario, existen elementos significativos que el asegurado debería representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo".

Una vez analizada la citada jurisprudencia, la sentencia considera que del contenido del cuestionario de salud, resulta que no se preguntó al asegurado únicamente y de forma ambigua y estereotipada por su estado de salud general, sino que respondió negativamente a la pregunta de si tenía alguna alteración física, a la de si le habían aconsejado someterse o se había sometido a algún chequeo o revisión médica y, en última instancia, a la de si había padecido o padecía en ese momento alguna enfermedad, no mencionada en las preguntas anteriores que le hubiera obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días. Y respondió así a pesar de que la documentación médica prueba que desde su juventud venía sufriendo problemas oculares graves, con progresiva pérdida de visión, y que esta sintomatología era compatible con la miopía magna bilateral y atrofia óptica bilateral, enfermedad crónica, irreversible, progresiva y degenerativa que se le diagnosticó en 2003, aproximadamente seis años

antes de firmar el seguro y por la que estuvo bajo el control o seguimiento facultativo de un especialista, debiendo entenderse según la citada sentencia 157/2023, de 3 de febrero, que "el seguimiento o control del paciente por un médico es una forma de tratamiento médico".

En estas circunstancias, por tanto muy similares a las del caso de la referida sentencia 157/2023, de 3 de febrero de la Sala Primera del Tribunal Supremo, debe adoptarse su misma solución pues "ante la evidencia e importancia de esos antecedentes de salud, el mero hecho de que no se le preguntara sobre un tipo de enfermedad concreta, ni por tanto sobre la patología de tipo ocular que padecía, o el hecho de que su enfermedad no tuviera tratamiento efectivo, en el sentido de no poder curarse ni impedir su evolución, no son óbice para que el asegurado, en función de las preguntas que se le hicieron y siendo plenamente consciente de su grave patología ocular y de que estaba bajo control médico, debiera representarse aquellos antecedentes como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo de invalidez".

Por todo lo anterior, la sentencia recurrida concluye que el asegurado incurrió en dolo y, por tanto, que el asegurador quedó liberado de su prestación, y en definitiva, declara que la sentencia recurrida no infringió el art. 10 de la LCS ni la jurisprudencia que lo interpreta al estimar el recurso de apelación de la aseguradora, por lo que se confirma la desestimación de la demanda.

4.-LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 10, 11 y 25 de la Ley de Contrato de Seguro.

SSTS núm. 839/2021, de 2 de diciembre, núm. 235/2021, de 29 de abril, núm. 108/2021, de 1 de marzo, núm. 661/2020, de 10 de diciembre, y núm. 639/2020, de

25 de noviembre

STS núm. 235/2021, de 29 de abril.

STS núm. 157/2023, de 3 de febrero.

CONCLUSIONES

En la sentencia analizada, se pretende determinar si por parte del asegurado se ha actuado de forma dolosa, y por tanto, se infringido el artículo 10 de la LCS, al no declarar en el cuestionario médico la patología ocular grave que sufría desde 6 años antes a la suscripción de la póliza, y que es causa de la invalidez declarada, a pesar de haberle preguntado -entre otras cuestiones-, sobre si había padecido o padecía en ese momento alguna enfermedad, que le hubiera obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico.

A este respecto, de esta sentencia extraemos como relevantes, los requisitos que deben cumplirse -según la jurisprudencia de la Sala Primera de nuestro Alto Tribunal- para considerar que se ha producido el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 de la LCS, y que son los siguientes:

- 1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante;
- 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa;
- 3) que el riesgo declarado sea distinto del real;
- 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración;
- 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y
- 6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

A lo anterior, y para resolver este tipo de conflictos, se debe añadir lo declarado por otra sentencia muy reciente de la Sala Primera del Tribunal Supremo, de fecha 23 de febrero de 2023, que para un caso muy parecido concluye que: "el seguimiento o control del paciente por un médico es una forma de tratamiento médico".

Valorando todo lo anteriormente expuesto, la sentencia analizada resuelve el presente caso, considerando que el asegurado sí ocultó de forma intencionada antecedentes relevantes, pues aunque no se le preguntó sobre un tipo de enfermedad concreta, ni por tanto, sobre la patología de tipo ocular que padecía, lo anterior no es óbice para que en función de las preguntas que se le hicieron, fuera plenamente consciente de su grave patología ocular y de que estaba bajo control médico, aunque no tuviera tratamiento efectivo en el sentido de no poder curarse ni impedir su evolución; antecedentes que deberían de haberse representado como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo de invalidez.