

## ...en materia de seguros

**SEGURO DE VIDA E INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO. SE INFRINGE EL ARTÍCULO 10 DE LA LCS, SI SE OMITEN ENFERMEDADES QUE PODRÍAN TENER INCIDENCIA CAUSAL EN EL FALLECIMIENTO, AUNQUE NO SEAN LA CAUSA DIRECTA DEL MISMO.**

Sentencia de 14 de enero de 2025 de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

Ponente: Pedro José Vela Torres.

**Javier López García  
de la Serrana**

Abogado – Doctor en  
Derecho Director de  
HispaColex

### 1.- INTRODUCCIÓN

En la sentencia analizada, se analiza la acción ejercitada por parte de la beneficiaria de un seguro de vida suscrito por su marido en el año 2010, y sobre el que se hicieron varias ampliaciones en diciembre de 2011 y 2012, tras el fallecimiento del aquel como consecuencia de un cáncer colorrectal diagnosticado en octubre de 2012. La cuestión litigiosa surge cuando la aseguradora se opone al pago reclamado, alegando que el tomador incurrió en dolo o culpa grave al tiempo de suscribir el correspondiente seguro de vida, puesto que, aunque cuando concertó el seguro el asegurado desconocía que padecía un cáncer, sí ocultó una serie de dolencias o enfermedades en las respuestas dadas al cuestionario, que podían haber tenido incidencia causal en el desarrollo del mismo.

Por tanto, la resolución del Tribunal Supremo en la sentencia analizada, va encaminada a determinar si esa incidencia de los datos ocultados a la aseguradora por parte del tomador en el cuestionario, es suficiente para considerar

infringido el artículo 10 de la LCS, y por tanto, absolver a la aseguradora de la petición realizada en virtud de la póliza suscrita.

### 2.- SUPUESTO DE HECHO

El 22 de septiembre de 2010, el marido de la reclamante suscribió un contrato de seguro de vida con la compañía de seguros demandada, que fue ampliado el 15 de diciembre de 2011 y el 16 de diciembre de 2012. El 15 de noviembre de 2016, el tomador falleció a consecuencia de un cáncer colorrectal diagnosticado en octubre de 2012, dando lugar a la reclamación interpuesta por su viuda y beneficiaria del seguro, la cual interpuso una demanda en la que solicitaba que se la condenara a la aseguradora al pago de 76.576,89 €, así como a los intereses y costas.

Previa oposición de la parte demandada, en la que se solicitaba la desestimación de la demanda, y subsidiariamente, que de ningún modo se le condenara al abono de los intereses de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguros, ni a las costas

procesales, por la existencia de dudas de hecho y de derecho, el Juzgado de Primera Instancia estimó la demanda, al considerar que no había existido mala fe en la declaración del riesgo por el asegurado, puesto que, cuando concertó el seguro desconocía que padecía un cáncer. De igual forma, considera que las posibles omisiones o inconcreciones en las respuestas dadas al cuestionario que presentó la aseguradora al asegurado, se referían a enfermedades no causantes del cáncer que finalmente ocasionó el fallecimiento de este.

La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de la aseguradora, recurso que fue estimado por la Audiencia Provincial de Valencia, al considerar que sí había existido mala fe en la ocultación de enfermedades previas, algunas de las cuales podrían tener relación causal con la enfermedad oncológica que acabó con la vida del asegurado. En particular, argumentó que había contestado negativamente al padecimiento de enfermedades que sí sufría, como tabaquismo, adicción al alcohol y diabetes que, según las pruebas médicas practicadas, podían haber tenido incidencia causal en el cáncer que fue la causa inmediata de su fallecimiento. Como consecuencia de ello, la Audiencia Provincial revocó la sentencia de primera instancia y desestimó la demanda.

Habida cuenta la resolución, la viuda del fallecido y beneficiaria de la póliza, interpone recurso de casación, que se funda en los siguientes motivos:

El primer motivo de casación denuncia la infracción del art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro, y argumenta que la sentencia recurrida es contraria a la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, relativa a la necesidad de que las preguntas que se realicen en el cuestionario de salud sean claras y no confusas, ambiguas o genéricas, como sucede con la pregunta 10, que el asegurado pudo interpretar referida a una alcoholemia presente y no pasada.

El segundo motivo de casación denuncia la infracción de los arts. 10 y 89 de la LCS, al considerar la parte recurrente que no es sostenible la existencia de dolo por el asegurado a la hora de responder al cuestionario, toda vez que no considera acreditado que los consumos de alcohol

existiesen en el momento de contratar la póliza, que le causaran alguna dolencia, y que tuvieran relación alguna con el cáncer de colon que le causó la muerte.

### 3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

La sentencia resuelve ambos motivos de forma conjunta, partiendo de la normativa en materia de declaración del riesgo, la cual gira en torno a lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro. A este respecto, el artículo 8.3 LCS ordena que las pólizas de contrato de seguro contendrán una mención a la «naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente».

Para el cumplimiento de dicha obligación documental, el art. 10 de la misma Ley establece un mecanismo por el que el asegurador deberá presentar al tomador del seguro un cuestionario para que éste declare las circunstancias del riesgo por él conocidas, que puedan influir en su valoración.

Respecto al deber de declaración del riesgo, la jurisprudencia lo configura como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que, además, recaen las consecuencias que derivan de la omisión del cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto. En este sentido, se desprende de la jurisprudencia que, para que exista incumplimiento del deber de declaración del riesgo por parte del tomador del seguro, deben concurrir los siguientes requisitos: (i) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; (ii) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; (iii) que el riesgo declarado sea distinto del real; (iv) 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; (v) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; (vi) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

Para el caso de los seguros de personas, la declaración de salud no tiene que estar sujeta a una forma concreta. Lo determinante es el contenido material del cuestionario, pues como dice la sentencia núm. 222/2017, de 5 de abril, lo importante es si las preguntas formuladas (cualquiera que sea la fórmula elegida por el asegurador) “fueron 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”.

Partiendo de esta doctrina general, la aplicación concreta ha llevado a la Sala Primera del Tribunal Supremo a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario. Si bien, en este caso, la sentencia analizada trae a colación, por su similitud con el caso que nos ocupa, la sentencia núm. 542/2017, de 4 de octubre (reproducida por la sentencia 687/2024, de 14 de mayo), recaída en un caso en el que, pese a que no se le formularon al asegurado preguntas concretas sobre una patología o enfermedad en particular, ello no se consideró suficiente para justificar sus reticencias porque, aunque no fuera plenamente consciente del padecimiento de una concreta enfermedad, indudablemente sí que era conocedor de que padecía importantes problemas de salud, que no mencionó en sus contestaciones al cuestionario.

En este caso, la Audiencia Provincial en aplicación de esa doctrina, consideró en la sentencia recurrida que el demandante ocultó datos importantes sobre su mal estado de salud que, según las pruebas médicas practicadas, -cuya valoración corresponde al tribunal de instancia-, sí que pudieron tener incidencia causal en la enfermedad que causó su fallecimiento. A lo que debe añadirse que la tercera ampliación del contrato de seguro tuvo lugar a mediados de diciembre de 2012, cuando a principios de octubre de ese año ya se le había diagnosticado el cáncer y nada manifestó al respecto.

Por todo ello, y desde la perspectiva del art. 10 de la LCS y su consolidada jurisprudencia, en un caso como este, concluye nuestro Alto Tribunal,



que quien tiene antecedentes clínicos que oculta y que pueden tener relación causal con la enfermedad causante del siniestro, infringe conscientemente su deber de declarar el riesgo.

Dicho lo cual, la sentencia comparte la conclusión de la sentencia recurrida, en el sentido de que declara que: “el tomador del seguro en el caso enjuiciado, conculcó el art. 10 de la LCS tanto al contratar el seguro, como al ampliar la cobertura (documentos 3 y 7 de la contestación a la demanda, reincidiendo por tanto en su comportamiento) al ocultar circunstancias de tal relevancia y naturaleza que, de haber sido conocidas por el asegurador, le hubieran llevado a no haber concluido el contrato o lo habrían concluido en condiciones más gravosas, pues el riesgo declarado y tenido en cuenta a la hora de la perfección

del contrato es diverso al riesgo real que existía en aquel momento”.

#### 4.- LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 10 y 89 de la LCS.

SSTS núm. 726/2016, de 12 de diciembre; núm. 222/2017, de 5 de abril; núm. 542/2017, de 4 de octubre; núm. 323/2018 de 30 de mayo; núm. 53/2019, de 24 de enero, y núm. 235/2021, de 29 de abril.

SSTS núm. 67/2014, de 14 de febrero, núm. 72/2016, de 17 de febrero, núm. 621/2018, de 8 de noviembre, núm. 661/2020, 108/2021, 785/2021, de 15 de noviembre, núm. 1503/2023, de 27 de octubre, y núm. 687/2024, de 14 de mayo.



## CONCLUSIÓN:

Resulta de gran interés la sentencia analizada, pues nos lleva a clarificar, aún más si cabe, la problemática que suscita en la práctica la declaración del riesgo del asegurado. Precisamente, en mi comentario publicado en el número anterior de esta revista, y donde analizamos la sentencia de 3 de diciembre de 2024 sobre esta misma materia, dictada por el mismo ponente que la actual, concluimos que una vez transcurrido un año desde la perfección del contrato, el asegurador no puede aplicar el art. 10 de la LCS para disminuir la prestación, al resultar aplicable la regla de indisputabilidad del art. 89 de la LCS, y que no puede considerarse que el asegurado actuó con dolo en la declaración del riesgo, al no existir relación de causalidad entre las omisiones o inexactitudes del cuestionario de salud y la enfermedad en que se materializó el riesgo, tratándose en este caso de una falta de diligencia leve.

Sin embargo, en el presente caso, la solución adoptada por nuestro Alto Tribunal dista mucho de la ofrecida en aquel supuesto, ya que la sentencia analizada obvia la regla de indisputabilidad mencionada, a pesar de que había transcurrido un año desde la suscripción del seguro, al considerar que en este caso sí concurre dolo por el asegurado -aunque no se dice expresamente-, y ello, por cuanto que se considera probado en la instancia, que las dolencias o patologías ocultadas por el tomador (tabaquismo, adicción al alcohol y diabetes), si guardaban relación e influían -desde un punto de vista médico-, de forma directa en el desarrollo del cáncer que finalmente ocasiona el fallecimiento del asegurado. Asimismo, considera que de haber conocido dichas patologías, la aseguradora no habría concluido el contrato, o lo habría hecho de forma más gravosa para el asegurado, pues el riesgo declarado y tenido en cuenta a la hora de la perfección del mismo, era distinto al riesgo real que existía en aquel momento.

Es preciso llamar la atención sobre una cuestión que entendemos tiene gran trascendencia práctica, como es el hecho de que el Tribunal Supremo no establece que para apreciar dolo del asegurado, lo ocultado tenga que tener relación directa e inequívoca con la causa del fallecimiento (o la invalidez), sino que basta con que pueda tener relevancia (tanta que el asegurado no puede desconocer su importancia) para el desarrollo de dicha patología. De ahí, que quizá deberíamos de plantearnos en la práctica jurídica, la necesidad de contar, en casos como el presente, con una prueba pericial médica encaminada a acreditar, si ciertas patologías presentadas por el paciente, y no declaradas en el momento de suscribir el riesgo a pesar de haber sido expresamente preguntadas en el cuestionario, podían influir en el desarrollo de la enfermedad que ocasiona definitivamente el siniestro.

Por último, considero que hubiera sido conveniente disponer de los antecedentes del caso de una forma más amplia, lo que nos hubiera permitido conocer la literalidad del cuestionario médico y las respuestas dadas por el tomador. Igualmente, habría sido interesante saber en qué términos y con qué alcance se realizaron las ampliaciones del seguro de vida en diciembre de 2011 y 2012, pues el Tribunal Supremo, establece como otro dato relevante para determinar que hubo ocultación del asegurado, el hecho de que, en cualquier caso, el cáncer había sido diagnosticado antes de firmar esa última modificación del contrato.

Si bien, en este sentido hemos de recordar lo dispuesto en el artículo 11.2 de la LCS, respecto a que el asegurado no está obligado a comunicar la agravación del riesgo o variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, cuando nos encontremos ante un seguro de personas.

