

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ067317

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 687/2024, de 14 de mayo de 2024

Sala de lo Civil

Rec. n.º 5694/2019

SUMARIO:

Contrato de seguro de vida e invalidez. Mala fe en la declaración del riesgo por la asegurada. La jurisprudencia configura el deber de declaración del riesgo 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. 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.

En 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**, si las preguntas formuladas (cualquiera que sea la fórmula elegida por el asegurador) conducen a que, en sus circunstancias, el tomador pueda 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 contratadas. La aplicación concreta esta doctrina general ha llevado a la sala a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario.

En un caso como este, hay que concluir que quien tiene antecedentes que dan lugar a una revisión que termina en un diagnóstico de cáncer y está pendiente de la realización de la prueba clínica que confirmaría o descartaría dicha enfermedad, infringe conscientemente su **deber de declarar el riesgo** si manifiesta no tener problema alguno de salud y, al mismo tiempo, silencia antecedentes indiscutiblemente relevantes que podía representarse, por las preguntas que se le hicieron, como objetivamente influyentes para la exacta valoración del riesgo de fallecimiento.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), arts. 8.3, 10 y 89.

Ley 1/2000 (LEC), arts. 477.2.3.º y 487.3.

PONENTE:

Don Pedro José Vela Torres.

Magistrados:

Don IGNACIO SANCHO GARGALLO

Don RAFAEL SARAZA JIMENA

Don PEDRO JOSE VELA TORRES

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 687/2024

Fecha de sentencia: 14/05/2024

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 5694/2019

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 09/05/2024

Ponente: Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres

Procedencia: AUD.PROVINCIAL DE BADAJOZ SECCION N. 3

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora Carmen Garcia Alvarez

Transcrito por: MAJ

Nota:

CASACIÓN núm.: 5694/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora Carmen Garcia Alvarez

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 687/2024

Excmos. Sres.

D. Ignacio Sancho Gargallo

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

En Madrid, a 14 de mayo de 2024.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por RGA Rural Vida, S.A. Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.^a Yolanda San Lorenzo Serna, bajo la dirección letrada de D. Miguel Sánchez de las Matas, contra la sentencia núm. 164/2019, 24 de septiembre, dictada por la Sección 3.^a de la Audiencia Provincial de Badajoz (sede de Mérida), en el recurso de apelación núm. 79/2019, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario núm. 286/2018, del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Almendralejo. Ha sido parte recurrida D. Juan Manuel, D.^a Agueda y D.^a Alejandra, como sucesores procesales por fallecimiento de D.^a Ana, representados por el procurador D. Fernando Sabido Moreno y bajo la dirección letrada de D. Pedro Luis Hernández Fraile.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero. *Tramitación en primera instancia*

1. El procurador D. Francisco Navia Roque, en nombre y representación de D.^a Ana, interpuso demanda de juicio ordinario contra Seguros RGA, en la que solicitaba se dictara sentencia:

"en la que de forma simultánea:

A/ Se condene a la demandada Seguros RGA al pago del capital garantizado en la póliza de 135.000 euros más los intereses que resulten de aplicación conforme al art. 20 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

B/ Se condene a la parte demandada al pago de las costas procesales causadas."

2. La demanda fue presentada el 4 de julio de 2018 y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Almendralejo, se registró con el núm. 286/2018. Una vez admitida a trámite, se emplazó a la parte demandada.

3. La procuradora D.ª María Inmaculada Laya Martínez, en representación de Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda y la imposición de las costas a la demandante.

4. Tras seguirse los trámites correspondientes, el juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Almendralejo dictó sentencia n.º 6/2019, de 15 de enero, con la siguiente parte dispositiva:

"Que desestimando íntegramente la demanda interpuesta por el Procurador ante los tribunales Sr. Navia en nombre y representación de Ana frente a la entidad mercantil RURALVIDA S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS. ABSUELVO a la demandada de las pretensiones que contra ella se dirigen en este procedimiento.

Se condena en costas a la parte actora".

Segundo. Tramitación en segunda instancia

1. La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D.ª Ana.

2. La resolución de este recurso correspondió a la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Mérida, que lo tramitó con el número de rollo 79/2019 y tras seguir los correspondientes trámites, dictó sentencia en fecha 24 de septiembre de 2019, cuya parte dispositiva dispone:

"SE ESTIMA EL RECURSO DE APELACIÓN formulado por la representación procesal de DOÑA Ana contra la sentencia dictada en fecha 15 de enero de 2019 por el Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Almendralejo, en los autos de JUICIO ORDINARIO núm. 286/2018, revocándose dicha resolución, y en su virtud, CON ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA formulada por DOÑA Ana contra SEGUROS RGA, condenamos a la demandada a abonar a la actora la suma de 135.000 euros, más el interés previsto en el art. 20 de la LCS.

Las costas de primera instancia se imponen a la parte demandada; las de esta alzada no se imponen a ninguna de las partes."

Tercero. Interposición y tramitación del recurso de casación

1. La procuradora D.ª María Inmaculada Laya Martínez, en representación de RGA Rural Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

"ÚNICO. Existe causa justificada para no condenar a la aseguradora al pago de la prestación pactada en el contrato de seguro, por aplicación de los arts. 10 y 89 de la Ley de Contrato del Seguro, toda vez que el asegurado faltó a la verdad en la declaración de salud a la que fue sometido con carácter previo a la contratación de la póliza, debiendo 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."

2. Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en la Sala y personadas las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 22 de diciembre de 2021, cuya parte dispositiva es como sigue:

"Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de la entidad RGA Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros contra la sentencia dictada con fecha 24 de septiembre de 2019, por la Audiencia Provincial de Mérida (sección 3.ª) en el rollo de apelación n.º 79/2019, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 286/2018 del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Almendralejo."

3. Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito

4. Al no solicitarse por las partes la celebración de vista pública se señaló para votación y fallo el 9 de mayo de 2024, en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero. Resumen de antecedentes

1. El 6 de junio de 2011, Dña. Ana suscribió un contrato de seguro de vida e invalidez con la compañía de seguros RGA Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante, RGA), con un capital asegurado de 135.000 €.

2. El 21 de junio de 2011, la Sra. Ana fue diagnosticada de un cáncer de mama y el 4 de diciembre de 2015 se le reconoció la incapacidad absoluta por dicha causa.

3. La Sra. Ana interpuso una demanda contra RGA, en la que solicitaba que se la condenara al pago de 135.000 € y costas.

4. Previa oposición de la parte demandada, el juzgado de primera instancia desestimó la demanda, al considerar que había existido mala fe en la declaración del riesgo por la asegurada, puesto que, cuando concertó el seguro, ya le había sido realizada una biopsia por un posible cáncer de mama y estaba pendiente de su resultado.

5. El recurso de apelación interpuesto por la demandante fue estimado por la Audiencia Provincial, por las siguientes y resumidas razones: (i) el deber de declaración del riesgo es realmente un deber de respuesta; (ii) no se le preguntó directa y concretamente por enfermedades cancerígenas o por pruebas como la biopsia; (iii) como la Sra. Ana había sido tratada desde hacía tiempo por problemas de mama, consideró que esos tratamientos encajaban en el concepto de revisiones normales; (iv) la biopsia no es una intervención quirúrgica, por lo que no faltó a la verdad en su respuesta negativa a este tipo de actuaciones; (v) si se le preguntó específicamente por enfermedades concretas, como hepatitis o VIH, no se explica por qué no se incluyó en el cuestionario ninguna pregunta sobre el cáncer.

Como consecuencia de ello, la Audiencia Provincial consideró que no había existido mala fe de la tomadora del seguro, revocó la sentencia de primera instancia y estimó la demanda.

6. RGA ha interpuesto un recurso de casación.

Segundo. Único motivo de casación. Planteamiento. Admisibilidad

1. El único motivo del recurso de casación denuncia la infracción de los arts. 10 y 89 LCS y la jurisprudencia que los interpreta (sentencias 72/2016, de 17 de febrero; y 726/2016, de 12 de diciembre).

2. En el desarrollo del motivo se aduce, resumidamente, que la sentencia recurrida no valora debidamente que la asegurada faltó a la verdad en la declaración de salud a la que fue sometida con carácter previo a la contratación de la póliza, puesto que tenía que ser consciente, al estar pendiente del resultado de una biopsia, de un estado de salud que la aseguradora debía conocer para evaluar correctamente el riesgo asegurado.

3. La parte recurrida, al oponerse al recurso de casación, alegó su inadmisibilidad, por carencia de interés casacional. Sin embargo, dicha alegación no puede ser estimada, porque el recurso se ha formulado al amparo del art. 477.2.3º LEC, en su modalidad de interés casacional por oposición a la jurisprudencia de esta sala, por lo que habiéndose fundado en la infracción de dos sentencias de este mismo tribunal perfectamente identificadas, resulta admisible.

Tampoco procede una inadmisión inicial por supuesta falta de fundamento, porque los argumentos que se invocan al respecto influirían, en su caso, en la desestimación del recurso, pero no en su inadmisión.

Tercero. El deber de declaración del riesgo en el contrato de seguro

1. El art. 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. En concreto, dispone dicho precepto:

"El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun

sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

"El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

"Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación".

2. Como resume la sentencia de esta sala 621/2018, de 8 de noviembre, la jurisprudencia configura el deber de declaración del riesgo 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.

Asimismo, de esta jurisprudencia (sentencias 726/2016, de 12 de diciembre; 222/2017, de 5 de abril; 542/2017, de 4 de octubre; 323/2018 de 30 de mayo; 53/2019, de 24 de enero, y 235/2021, de 29 de abril), se desprende 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.

3. En el caso de los seguros de personas, la declaración de salud no tiene que estar sujeta a una forma concreta (sentencias 157/2016, de 16 de marzo, y 726/2016, de 12 de diciembre; 542/2017, de 4 de octubre). Lo determinante es el contenido material del cuestionario, pues como dice la sentencia 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".

Sobre esa doctrina general, su aplicación concreta ha llevado a la sala a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario. Por su similitud con el caso que nos ocupa, resulta relevante la sentencia 542/2017, de 4 de octubre, 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 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 un específico tratamiento médico.

4. En este caso, a la pregunta sobre si en los últimos cinco años había visitado a algún médico, la tomadora del seguro contestó que sí, pero solo para revisiones normales. A la pregunta sobre si padece alguna enfermedad, contestó que no. Y a la pregunta sobre si está pendiente de alguna intervención quirúrgica, contestó que no.

Basta un contraste de dichas respuestas con la situación clínica que consta en las actuaciones para comprobar que la Sra. Ana no ofreció una información acorde con la realidad. El mismo día que firmó el cuestionario, había acudido al hospital para hacerse una mamografía para el control de un fibroadenoma en mama izquierda, que reveló una retroacción del pezón, con un diagnóstico inicial de 70% de padecer cáncer de mama, lo que motivó que se le indicara la necesidad de realizar una biopsia. Esta prueba diagnóstica se realizó tres días después de la firma del contrato de seguro y confirmó la existencia de un cáncer de mama totalmente avanzado.

5. Desde la perspectiva del art. 10 LCS y su consolidada jurisprudencia, en un caso como este, con circunstancias que lo asemejan a los de las sentencias 67/2014, de 14 de febrero, 72/2016, de 17 de febrero, 621/2018, de 8 de noviembre, 661/2020, 108/2021 785/2021, de 15 de noviembre, y 1503/2023, de 27 de octubre, hay que concluir que quien tiene antecedentes que dan lugar a una revisión que termina en un diagnóstico de cáncer y que está pendiente de la realización de la prueba clínica que confirmaría o descartaría dicha enfermedad, infringe conscientemente su deber de declarar el riesgo si manifiesta no tener problema alguno de salud y, al mismo tiempo, silencia antecedentes indiscutiblemente relevantes que podía representarse, por las preguntas que se le hicieron, como objetivamente influyentes para la exacta valoración del riesgo de fallecimiento.

Por ello, cabe compartir la conclusión de la sentencia de primera instancia, cuando declaró:

"La documental médica examinada permite concluir que, si bien la actora no tenía diagnosticado el cáncer de mama al tiempo de la firma del contrato de seguro, sí tenía conocimiento, del mismo día de la firma de la solicitud del seguro, que iba a ser intervenida quirúrgicamente para hacerle una biopsia, prueba invasiva que precisa consentimiento informado [...] y que permite conocer, a cualquier persona lega en medicina, que no se trata de una revisión normal, como pretende hacer ver el actor, sino de pruebas de mayor envergadura, que fueron ocultadas al asegurador infringiendo claramente el deber de información veraz que exige el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro".

6. En su virtud, el recurso de casación debe ser estimado, en tanto que la sentencia recurrida se opone a la jurisprudencia de esta sala sobre los arts. 10 y 89 LCS (art. 487.3 LEC), por lo que debe asumirse la instancia y, por las mismas razones, desestimar el recurso de apelación de la demandante.

Cuarto. Costas y depósitos

1. La estimación del recurso de casación conlleva que no proceda hacer expresa imposición de las costas causadas por el mismo, según establece el art. 398.2 LEC.

2. A su vez, la estimación del recurso de casación supone la desestimación del recurso de apelación interpuesto por la demandante, por lo que deben imponerse a dicha recurrente las costas de ese recurso, conforme al art. 398.1 LEC.

3. Asimismo, procede ordenar la devolución del depósito constituido para el recurso de casación y la pérdida del constituido para el recurso de apelación, de conformidad con la disposición adicional 15ª, apartados 8 y 9, LOPJ.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1.º Estimar el recurso de casación interpuesto por RGA Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros contra la sentencia núm. 164/2019, de 24 de septiembre, dictada por la Sección 3ª de la Audiencia Provincial de Badajoz (sede Mérida), en el recurso de apelación núm. 79/2019, que casamos y anulamos.

2.º Desestimar el recurso de apelación interpuesto por Dña. Ana contra la sentencia núm. 6/2019, de 15 de enero, dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Almendralejo, en el juicio ordinario núm. 286/2018, que confirmamos.

3.º No hacer expresa imposición de las costas causadas por el recurso de casación.

4.º Imponer a la demandante las costas del recurso de apelación.

5.º Ordenar la devolución del depósito constituido para el recurso de casación y la pérdida del constituido para el recurso de apelación.

Líbrense al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.