

# Audiencia Provincial

## AP de Asturias (Sección 4ª) Sentencia num. 302/2013 de 19 noviembre

**SEGURO:** DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: obligación del tomador antes de la conclusión del contrato: incumplimiento: improcedencia: fallecimiento del asegurado por un accidente: causas ajenas a las dolencias físicas del fallecido: no quedando desvirtuada la causa accidental del fallecimiento y no guardando esta relación alguna con el cuestionario de salud al que se somete al asegurado, la aseguradora no puede exonerarse de la obligación de pago por inexactitudes en el mismo irrelevantes en la causación del siniestro objeto de cobertura.

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 331/2013

**Ponente:**Ilma. Sra. María Nuria Zamora Pérez

La Audiencia Provincial de Asturias **declara haber lugar** al recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha 31-07-2013 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 4 de Siero, revocándola en el sentido de estimar la demanda.

**AUD.PROVINCIAL SECCION N. 4**

**OVIEDO**

SENTENCIA: 00302/2013

Rollo: RECURSO DE APELACION (LECN) 331/2013

**NÚMERO 302**

En OVIEDO, a diecinueve de Noviembre de dos mil trece, la Sección Cuarta de la Ilma. Audiencia Provincial de Oviedo, compuesta por Don Francisco Tuero Aller, Presidente, Doña María José Pueyo Mateo y Doña Nuria Zamora Pérez, Magistradas, ha pronunciado la siguiente:

**S E N T E N C I A**

En el recurso de apelación número **331/2013**, en autos de JUICIO ORDINARIO Nº

634/2012, procedentes del Juzgado de Primera Instancia número cuatro de los de Siero, promovido por D<sup>a</sup>., demandante en primera instancia, contra **LIBERBANK VIDA Y PENSIONES, S.A.** , demandada en primera instancia, siendo Ponente la Ilma. Sra. Magistrada D<sup>a</sup>..-

## ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** Que por la Sra. Juez del Juzgado de Primera Instancia número cuatro de los de Siero se dictó Sentencia con fecha treinta y uno de Julio de dos mil trece, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: "Que DESESTIMANDO la demanda interpuesta por el Procurador D., en representación de D<sup>a</sup>., contra la entidad Liberbank Vida y Pensiones, Seguros y Reaseguros, representada por el Procurador D., debo absolver y absuelvo a la referida demandada de todos los pedimentos formulados contra ella.- No ha lugar a realizar especial imposición de las costas causadas en este procedimiento.".-

**SEGUNDO.-** Contra la expresada resolución se interpuso por la parte demandante recurso de apelación, del cual se dio el preceptivo traslado, y remitiéndose los autos a esta Audiencia Provincial se sustanció el recurso, señalándose para deliberación y fallo el día cinco de Noviembre de dos mil trece.-

**TERCERO.-** Que en la tramitación del presente recurso se han observado las prescripciones legales.-

## FUNDAMENTOS JURIDICOS

### PRIMERO

Doña , como heredera de su hijo, , fallecido el 5 de Febrero de 2.012, formula demanda frente a Liberbank Seguros y Reaseguros SA (Vida y Pensiones), exigiendo el cumplimiento del contrato de seguro "Seguro de Riesgo Liberbank Vida Cuota Fija", concertado por su difunto hijo el 30 de agosto de 2.011 y en consecuencia que se condene a la demandada al pago de los treinta y un mil trescientos cuarenta y nueve euros con sesenta y tres céntimos de euro (31.349'63 €) que se comprometía a abonar la aseguradora, caso de fallecimiento del asegurado.

La entidad demandada se opuso a las pretensiones de la actora, en base a lo dispuesto en el artículo 10 de la [Ley de Contrato de Seguro](#) , es decir, ocultación dolosa por parte del asegurado, al contestar el cuestionario de salud, de datos relevante en su estado físico y que de haber sido conocidos hubieran determinado la no concertación del contrato.

La sentencia de instancia estima la causa de oposición aducida por la aseguradora

demandada llegando a apuntar la nulidad del contrato y desestima la demanda.

## SEGUNDO

Recurrida la sentencia por la parte actora, se reproduce en esta alzada todo el objeto de la litis.

La existencia del contrato de seguro es indiscutido por los litigantes, centrando la apelante su pretensión en las siguientes consideraciones:

1º.- El fallecimiento del asegurado fue consecuencia directa del atropello sufrido el 22 de Diciembre de 2.011, con lo que los términos en los que quedara cumplimentado el cuestionario de salud son irrelevantes en la resolución del litigio.

2º.- El pretendido cuestionario de salud al que se habría sometido al asegurado, no merece esa consideración. Se trata de un clausulado del contrato prerredactado por la entidad que lo oferta. En definitiva hablaríamos de un "redactado adhesivo", impuesto al asegurado al celebrar el contrato.

3º.- La suscripción del contrato se realiza actuando como mediador la entidad bancaria Liberbank. El asegurado era cliente de la sucursal donde se concierta, ya que allí tenía abierta una cuenta corriente en la que se ingresaba la pensión que cobraba. Era conocido de los empleados de dicha entidad, para quien no pasaba desapercibido dadas sus peculiaridades físicas.

## TERCERO

Centrado el recurso de apelación en los términos expuestos ha de ser estimado.

El fallecimiento del asegurado impide tanto a la juzgadora de instancia como ahora al tribunal la percepción directa de su aspecto físico o manera de ser, si bien cabe presumir alguna de esas peculiaridades tanto de la fotografía obrante en el Documento Nacional de Identidad, en la que presenta rasgos femeninos, a pesar de tratarse de un varón, como de la prueba testifical del director y empleada de la sucursal bancaria. A ello hemos de añadir que cuanta documentación suscribe con dicha entidad lo hace con el nombre de más propio de una mujer que de un varón. Al respecto, la testigo, empleada de la sucursal bancaria declara que era "un hombre vestido de mujer" y el director reconoce que le llamó la atención que siendo un hombre firmara.

El fallecido tenía abierta cuenta corriente en la entidad bancaria desde el año 2.003. En ella ingresaba mensualmente la pensión de invalidez, siendo en dicha cuenta en la que se le carga la prima del contrato de seguro. Extremo que debió llamar la atención del empleado con quien concierta el contrato en el que se incluye

un cuestionario de salud, en el que entre otras cosas se dice: "No he padecido enfermedad alguna que me haya impedido trabajar más de quince días consecutivos". Declaración incompatible con la existencia de una minusvalía laboral. De hecho, la percepción de esa pensión era conocida por los empleados y así el director de la sucursal admite que al fallecido se le permitía disponer de cantidades no excesivamente relevantes, aunque tuviera descubierto en la cuenta bancaria, pues teniendo un ingreso fijo como la pensión, estos quedaban cubiertos cuando la cobraba.

Las concretas circunstancias concurrentes en el caso de autos suscitan serias dudas acerca de que el cuestionario de salud fuera efectivamente formulado al asegurado y que de serlo se recogiera en la forma que él lo contestara. Todo apunta a que es un cuestionario estereotipo, impreso en el propio contrato, lo que le excluiría de validez tal y como tiene dicho el Tribunal Supremo en [sentencias de 31 de Mayo de 1.997; 6 de Abril de 2.001 ; 31 de Diciembre de 2.003 ó 4 de Abril de 2.007](#). Práctica compatible con el hecho, como declaran los testigos, que el contrato se concierta en campaña de seguros y se oferta a cualquier cliente que realice operaciones con la caja, existiendo un interés en concertar contratos, con independencia de la mayor o menor idoneidad de la persona con quien se hace.

El cuestionario de salud opera como medida de garantía de la aseguradora, quien a través de él puede calibrar el riesgo que asume y si le interesa o no contratar el seguro. Es por ello que la aseguradora no puede trasladar la obligación de declarar al asegurado quien sólo queda compelido a contestar de forma sincera, sin reticencias a aquellos extremos sobre los que se le interroga. La aseguradora tiene amplias facultades para formular el cuestionario lo más extenso y detallado que considere conveniente e incluso someter a examen médico a su asegurado. Ahora bien, si declina el ejercicio de esas facultades no puede eximirse de la obligación de cobertura por el hecho de que el asegurado no manifestase, unilateralmente, alguna dolencia o padecimiento. Y cabe entender renuncia a la formulación de cuestionario de salud cuando se limita a recoger en el contrato unas consideraciones generales que no constan obedezcan a respuestas concretas del asegurado.

En el supuesto de autos la testigo, , a preguntas del letrado de la aseguradora admite recordar este contrato porque la compañía de seguros les había llamado diciendo que la firma no era correcta al hacerlo como, cuando el asegurado era un hombre, aclarando la empelada las singularidades físicas del asegurado. En esas circunstancias la aseguradora bien pudo practicar el correspondiente examen médico, lo que no hizo renunciando a una opción a su alcance que le hubiera permitido conocer con exactitud la situación del asegurado, no pudiendo ahora

ampararse en ese desconocimiento para obviar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

#### CUARTO

En el caso enjuiciado, las peculiaridades concurrentes en la cumplimentación del cuestionario de salud carecen de mayor relevancia, pues el fallecimiento del asegurado se produjo por un accidente, atropello, es decir por causas ajenas a las dolencias físicas del fallecido.

La causa del fallecimiento nunca fue puesta en duda por la entidad aseguradora, quien rechaza la cobertura por otro motivo, y además queda acreditada por la autopsia realizada al fallecido. No podemos aceptar las manifestaciones realizadas en el acto del juicio por el doctor De la Puente, apuntando la posibilidad de que el fallecido hubiera sufrido un desvanecimiento previo y luego fuera atropellado. Se trata ésta de una mera hipótesis de trabajo, elucubración carente de sustento alguno máxime cuando en el parte de asistencia de urgencia lo que se recoge es que ha sido víctima de una atropello (folio 109). Si la aseguradora albergaba alguna duda acerca de que el atropello fuera la causa de la muerte o de cómo se había producido éste, debió manifestarlo desde el primer momento cuando rechaza la cobertura de la póliza. Además, aportándose a los autos la sentencia absolutoria dictada en el judicial en la que se identifica la persona denunciada por el hecho, bien pudo solicitar su citación a juicio a fin de aclarar en qué forma y circunstancias había tenido lugar el atropello, actividad probatoria que no lleva a cabo.

Lo cierto es que no quedando desvirtuada la causa accidental del fallecimiento y no guardando esta relación alguna con el cuestionario de salud al que se somete al asegurado, la aseguradora no puede exonerarse de la obligación de pago por inexactitudes en el mismo irrelevantes en la causación del siniestro objeto de cobertura. En análogo sentido sentencia de esta misma sala de 18 de Octubre de dos mil trece .

La indemnización a percibir por la demandante devengará, con cargo a la entidad aseguradora, el interés del artículo 20.4 de la [Ley de Contrato de Seguro](#) desde la fecha del fallecimiento 5 de Febrero de 2.012, no existiendo razón alguna que justifique la negativa, al pago, de la aseguradora.

#### QUINTO

La estimación del recurso implica la estimación de la demanda condenando a la demandada al pago de las costas de la primer instancia, artículo 394 nº1 de la [LEC](#), sin hacer especial pronunciamiento de las de la apelación, artículo 398 nº2 de la LEC

En atención a lo expuesto la sección cuarta de la Audiencia Provincial dicta el siguiente:

#### FALLO

SE ESTIMA EL RECURSO DE APELACIÓN FORMULADO POR DOÑA, contra la sentencia de fecha treinta y uno de Julio de dos mil trece, dictada por el Juzgado de Primera Instancia número cuatro de Siero, en el Juicio Ordinario 634/2.012. Se revoca la sentencia de instancia.

Se estima la demanda presentada por DOÑA , contra LIBERBANK SEGUROS Y REASEGUROS SA (VIDA Y PENSIONES), condenando a la demandada al pago, a la actora, de treinta y un mil trescientos cuarenta y nueve euros con sesenta y tres céntimos (31.349'63€), intereses del artículo 20.4 de la [Ley de Contrato de Seguro](#) desde el 5 de Febrero de 2.012, y las costas causadas en la primera instancia. No se hace especial pronunciamiento de las costas de la apelación.

En aplicación del punto octavo de la Disposición adicional decimoquinta de la [LOPJ](#) , devuélvase a la recurrente el depósito constituido para apelar.

Las resoluciones definitivas dictadas por las Audiencias Provinciales, de conformidad con lo prevenido en el art. 466 de la [L.E.C.](#), serán susceptibles de los Recursos de Infracción Procesal y de Casación, en los casos, por los motivos y con los requisitos prevenidos en los arts. 469 y ss., 477 y ss . y Disposición Final 16ª, todo ello de la L.E.C ., debiendo interponerse en el plazo de **VEINTE DÍAS** ante éste Tribunal, con constitución del depósito de 50 euros en la cuenta de consignaciones de este Tribunal en el Banco Español de Crédito 3370 e indicación de tipo de recurso (04: Extraordinario por infracción procesal y 06: por casación) y expediente.

Así, por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.