

AP de Asturias (Sección 7ª) Sentencia num. 242/2013 de 28 mayo

SEGURO: CONTRATO DE SEGURO: SEGURO DE PERSONAS: MODALIDADES:
SEGURO DE ACCIDENTES: RECLAMACIÓN DE CANTIDAD: DEBE ESTIMARSE:
Modalidad de "Renta": contratación de abono de subsidio por accidente o
enfermedad: accidente de tráfico de actor: lesiones sin relación con patologías
previas omitidas en cuestionario de salud:

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 624/2012

Ponente:Ilmo. Sr. D. Marta María Gutiérrez García

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 7

GIJON

SENTENCIA: 00242/2013

AUDIENCIA PROVINCIAL DE

GIJON

Sección 007

-

Domicilio : PZA. DECANO EDUARDO IBASETA, S/N - 2º. 33207 GIJÓN

Telf : 985176944-45

Fax : 985176940

Modelo : SEN000

N.I.G.: 33024 42 1 2012 0002306

ROLLO : RECURSO DE APELACION (LECN) 0000624 /2012

Juzgado procedencia : JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 7 de GIJON

Procedimiento de origen : PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000210 /2012

RECURRENTE : DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.E.

Procurador/a :

Letrado/a :

RECURRIDO/A :

Procurador/a :

Letrado/a :

SENTENCIA Núm. 242/2013 .

Ilmos. Sres. Magistrados:

DON RAFAEL MARTÍN DEL PESO GARCÍA

DON RAMÓN IBÁÑEZ DE ALDECOA LORENTE

DOÑA MARTA MARÍA GUTIÉRREZ GARCÍA.

En Gijón, a veintiocho de Mayo de dos mil trece.

VISTO en grado de apelación ante esta Sección Séptima de la Audiencia Provincial de Asturias con sede en GIJÓN, los Autos de PROCEDIMIENTO ORDINARIO nº 210/2012, procedentes del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA N. 7 de GIJÓN, a los que ha correspondido el Rollo RECURSO DE APELACION (LECN) nº 624/2012, en los que aparece como parte apelante, "DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.E.", representada por el Procurador de los tribunales, , asistido por la Letrada, y como parte apelada, , representado por la Procuradora de los tribunales, asistida por el Letrado.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El Juzgado de Primera Instancia núm. 7 de Gijón, dictó en los referidos autos Sentencia de fecha 5 de Julio de 2012 , cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: "FALLO: Que estimando íntegramente la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales , en nombre y representación de, debo condenar y condeno a la entidad DKV, SEGUROS Y REASEGUROS, representada por el Procurador de los Tribunales, a que pague al demandante la cantidad de SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTICINCO EUROS (6.225.- euros), con más los intereses legales producidos desde la fecha de interposición de la demanda, condenando a la parte demandada al pago de las costas causadas en el presente procedimiento".

SEGUNDO.- Notificada la anterior Sentencia a las partes, por la representación de DKV, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.E., se interpuso recurso de apelación y admitido a trámite se remitieron a esta Audiencia Provincial, y cumplidos los oportunos trámites, se señaló para la deliberación y votación del presente recurso el día 7 de Mayo de 2013.

TERCERO.- En la tramitación de este recurso se han cumplido las correspondientes prescripciones legales.

Vistos siendo Ponente la Ilma. Sra. Magistrada **DOÑA MARTA MARÍA GUTIÉRREZ GARCÍA.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

La sentencia que impugna la entidad demandada DKV SEGUROS Y REASEGUROS S.A. ESPAÑOLA estima íntegramente la demanda que frente a ella ejercita y la condena a que pague al demandante la cantidad de 6.225 euros.

Motivo de recurso es la discusión sobre el criterio seguido en la instancia acerca de la carga probatoria y en relación con la existencia de un cuestionario de salud firmado por el asegurado respecto del que dice existe un discordancia entre la historia clínica del asegurado y lo manifestado por éste en la solicitud de seguro, la relación entre la ocultación y el daño y la ocultación a sabiendas.

SEGUNDO

El seguro litigioso contratado por el actor en fecha 5 de abril de 2011 es de la modalidad de "Renta", en que se contrata el abono de un subsidio por enfermedad o accidente, con una indemnización de 75 euros/día a percibir en caso de incapacidad temporal o baja laboral.

Con fecha 27 de octubre de 2011 sufre un accidente de tráfico, siendo diagnosticado en el servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de cervicgia postraumática y contusión placa ilíaca izquierda, permaneciendo de baja desde la fecha del accidente hasta el 24 de enero de 2012 en que es dado de alta.

Todas estas circunstancias son aceptadas por la apelante, pero lo que se recurre es que en el cuestionario de salud que figura acompañado a la póliza, se omitieron determinadas circunstancias que concurrían a la fecha en que se suscribió el seguro que el perito describe como: cervicgia crónica con rectificación cervical desde el año 2008, síndrome de trauma acústico crónico en el año 2010, apnea del sueño severa desde el año 2010 y calificada de severa desde marzo de 2011, padeciendo también

hernia de hiato y artrosis cervical, cuando lo único que hizo constar es una operación de hernia discal, que de ser conocidas por la aseguradora no lo hubiera concertado, o al menos lo hubiera hecho de forma diferente.

La sentencia de instancia entiende que las lesiones padecidas por como consecuencia del accidente, no tienen relación con las patologías previas que pudieron omitirse en el momento en que se completó el cuestionario de salud.

Se presenta, con las anteriores circunstancias, un problema de valoración de prueba en cuanto a la relación de las dolencias previas padecidas y las lesiones consecuencia del accidente que determinaron la baja laboral del asegurado.

TERCERO

En relación con el [art. 10 LCS](#), la sentencia de la sección 6ª de fecha 22 de febrero de 2010 de esta Audiencia establece: *"Pues bien en relación al [art. 10](#) de la LCS , ha de tenerse en cuenta que uno de los supuestos en los que con mayor nitidez aflora el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe es precisamente en el tema de la delimitación del riesgo, pues en este contrato y ámbito la aseguradora precisa de la ayuda del futuro contratante requiriendo de él la información precisa para su concreción y valoración como paso previo a su propia decisión de asumirlo, celebrando el contrato y para fijar, en su caso, el importe de la prima o contraprestación correspondiente"*.

Y continúa diciendo: *" la LCS en relación a este tema del deber de declaración, ha alterado el régimen del precedente art 381 del código de comercio que estableció para todos los supuestos de inexactitud, aun hecha de buena fe, la sanción de nulidad cuando la misma podía influir en la determinación del riesgo, sustituyendo el deber genérico del asegurado por el más específico de contestación o respuesta al cuestionario presentado por el asegurador.*

Es por ello que, tal y como así resulta de lo dispuesto en el párrafo tercero del propio art. 10, la exoneración del pago por la CIA de la prestación pactada al amparo de este artículo, tiene lugar en los casos en que la aseguradora ha cumplido previamente la elemental garantía preventiva en esta clase de contratos de "exigir que el asegurado rellene de forma positiva o negativa pero explícita el correspondientes cuestionario a enfermedades padecidas" (STS 3 enero de 2006) y exista una respuesta o declaración inexacta del asegurado constitutiva de culpa grave o dolo, que exigen la existencia de una reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro y sobre las que se le pregunta que puedan influir en la valoración del riesgo, de no existir dicha influencia, la disparidad en la declaración sería irrelevante, siendo igualmente reiterada la

jurisprudencia del TS que así lo recuerda (por todas, sentencias de 31 de mayo de 1997 y 18 de julio de 1998)".

En el mismo sentido se pronuncia esta Sala en sentencia de 28/07/2007 al decir: " la doctrina contenida en la sentencia de 11 de julio de 2005 , que califica de dolosa la conducta del asegurado al omitir datos trascendentes sobre su estado de salud, pues el dolo abarca las reticencias del que calla o no advierte debidamente circunstancias esenciales a quien contrata para evaluar una situación de riesgo y, con cita de la las sentencias del Tribunal Supremo de 21-04-04 , y de 25-11-93 , añade que es importante calibrar si los datos omitidos influyen o no trascendentalmente en la contratación de ser debidamente conocidos por el declarante del cuestionario y si, en su caso, mantienen o no un nexo causal con el resultado indemnizable, debiendo además de tenerse en cuenta si esos datos eran o no importantes al fin referido y si estaba o no suficientemente objetivado, con precisión de ser en forma principal conocidos por el declarante ".

En el caso, las dolencias previas padecidas por el asegurado y que no fueron declaradas al cumplimentar el cuestionario de salud y que ya eran conocidas del mismo, no guardan relación con el resultado indemnizable, pues como ha resultado acreditado, las dolencias padecidas a consecuencia del accidente y que ocasionaron su baja laboral como camarero y que se refleja en el parte de urgencias son cervicalgia postraumática y contusión placa ílíaca izquierda y en el posterior informe pericial realizado a raíz del mismo donde se valora como cervicalgia postraumática, contusión placa ílíaca izquierda y dolor en tobillo izquierdo, son consecuencia de la caída desde la motocicleta que conducía provocado por el golpe de un turismo consecuencia de la negligencia de su conductor, sin que las patologías previas (apnea del sueño, hernia de hiato, problemas de audición y artrosis cervical), tuvieran influencia alguna en la baja ni en la causación y resultado del accidente, pues no existe prueba en tal sentido, fueron las dolencias causadas en el accidente las que ocasionaron su incapacidad temporal.

Sin que, de otra parte, esas patologías previas, influyeran en la declaración de riesgo, dada la profesión declarada y consignada en la póliza de camarero, que si lo tendrían para otro tipo de enfermedad que requiera unas habilidades específicas que si podrían verse afectadas por ellas.

En consecuencia, no ha existido una errónea valoración de la prueba, lo que ha hecho la sentencia de instancia correctamente, de acuerdo con aquella doctrina jurisprudencial, por lo que debe desestimarse el recurso, confirmando la sentencia.

CUARTO

Procede, por tanto, desestimar el recurso interpuesto, confirmar la sentencia apelada, e imponer las costas procesales causadas en esta instancia a la parte apelante, en virtud de lo dispuesto en el [art. 398.1 LEC](#)

F A L L O

Por lo expuesto, este Tribunal decide

DESESTIMAR el recurso de apelación interpuesto por el Procurador Sr. Suárez García en nombre y representación de la entidad DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. ESPAÑOLA contra la sentencia dictada en fecha 5 de julio de 2012 por el juzgado de 1ª instancia nº 7 de Gijón en los autos de juicio ordinario nº 210/2012 de los que dimana el presente rollo, CONFIRMANDO en todos sus pronunciamientos la sentencia recurrida, con expresa imposición de las costas procesales causadas en esta instancia a la parte apelante.

Así por esta nuestra Sentencia, de la que se unirá certificación al Rollo, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- La anterior sentencia se ha hecho pública en el día de la fecha. En Gijón, a treinta de Mayo de dos mil trece. Doy fe.