

Audiencia Provincial

AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia num. 372/2011 de 11 julio

SEGURO: DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: incumplimiento: improcedencia: desconocimiento de que padecía las enfermedades o patologías por la que ha sido declarada en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta en el momento de cumplimentación del cuestionario de salud, pues no había sido diagnosticada.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 536/2010

Ponente:Ilmo. Sr. D. Paulino Rico Rajo

La Audiencia Provincial de Barcelona **declara haber lugar** al recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha 01-02-2010 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Manresa, revocándola en el sentido de estimar la demanda.

AUDIENCIA PROVINCIAL

DE BARCELONA

SECCIÓN DECIMOSÉPTIMA

ROLLO núm. 536/2010

JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 2 MANRESA

PROCEDIMIENTO ORDINARIO Nº 826/2008

SENTENCIA núm. 372/2011

Ilmos. Sres.

Don José Antonio Ballester Llopis

Don Paulino Rico Rajo

Dña. Maria Pilar Ledesma Ibáñez

En la ciudad de Barcelona, a once de julio de dos mil once.

VISTOS, en grado de apelación, ante la Sección Decimoséptima de esta Audiencia Provincial, los presentes autos de Procedimiento ordinario, número 826/2008 seguidos por el Juzgado Primera Instancia 2 Manresa, a instancia de D/Dña. quien se encontraba debidamente representado por Procurador y asistido de Letrado, actuaciones que se instaron contra D/Dña. ERGO VIDA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., quien igualmente compareció en legal forma mediante Procurador que le representaba y la asistencia de Letrado; actuaciones que penden ante esta Superioridad en virtud del recurso de apelación interpuesto por la representación de D/Dña. contra la Sentencia dictada en los mismos de fecha 1 de febrero de 2010, por el Sr/a. Juez del expresado Juzgado .

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El fallo de la Sentencia recaída ante el Juzgado de instancia y que ha sido objeto de apelación, es del tenor literal siguiente: "FALLO: Que DESESTIMANDO ÍNTEGRAMENTE LA DEMANDA interpuesta por la representación procesal de DOÑA Belinda contra la entidad aseguradora ERGO VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A. debo absolver y absuelvo a la mencionada demandada de las pretensiones ejercitadas contra el mismo en esta instancia, todo ello sin expresa imposición de las costas procesales ocasionadas en esta instancia por el seguimiento de esta demanda a ninguna de las partes".

SEGUNDO.- Contra la anterior sentencia se interpuso recurso de apelación por la representación de D/Dña. y admitido se dio traslado del mismo al resto de las partes con el resultado que es de ver en las actuaciones, y tras ello se elevaron los autos a esta Audiencia Provincial.

TERCERO .- De conformidad con lo previsto en la Ley, se señaló fecha para la celebración de la votación y fallo que tuvo lugar el pasado catorce de junio de dos mil once.

CUARTO.- En el presente juicio se han observado y cumplido las prescripciones legales.

VISTO, siendo Ponente el Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a D/D^a. Paulino Rico Rajo.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

Contra la Sentencia dictada en fecha 1 de febrero de 2010 por el Juzgado de Primera Instancia nº 2 de Manresa en el juicio ordinario registrado con el nº 826/2008 seguido a instancia de Doña contra Ergo Vida Seguros y Reaseguros, S.A., sobre reclamación de cantidad, que desestima la demanda sin imposición de costas, interpone recurso de apelación la Sra. en solicitud de que "se dicte resolución por la Audiencia Provincial de Barcelona que revoque la dictada por el Juzgado de Primera Instancia en los términos interesados, debiendo condenarse a la demandada en los términos solicitados en la demanda, de conformidad a lo pedido", al que se opone Ergo Vida Seguros y Reaseguros, S.A.

SEGUNDO

En la demanda rectora del procedimiento del que la presente alzada trae causa la parte actora, aquí apelante, interesó del Juzgado que " dicte sentencia por la cual estime íntegramente la demanda y condene a la demandada al pago de 60.000.- EUR de principal, más los intereses devengados de dicho importe que en derecho correspondan, por ser aquella cifra la suma de capitales asegurados por la garantía de invalidez absoluta y permanente incluida en las pólizas de seguro de vida nº NUM000 y NUM001 que las partes tenían suscritas y en vigor en la fecha que la demandante fue declarada en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta, debiendo condenar, asimismo, a la demandada al pago de las costas causadas en el procedimiento ", en base a que, según alega en esencia en su escrito de demanda, " Mi representada es asegurada de la entidad 'ERGO VIDA SEGUROS Y REASEGUROS' (en adelante 'ERGO SEGUROS') en virtud de dos contratos de seguros de vida nº NUM000 y NUM001 suscritos en fechas 17/12/2002 y 1/4/2003, respectivamente... los referidos contratos de seguro se suscribieron por exigencia de la entidad 'CAIXA D'ESTALVIS DE MANLLEU', que en fecha 17/12/2002 (coincidiendo con la emisión de la primera de las pólizas de seguros) había otorgado un préstamo personal por importe total de 15.000.- €... Posteriormente, en fecha 19/9/2005 la misma entidad financiera otorgó un segundo préstamo a favor de los mismos prestatarios por un capital de 191.000.- € ... Entre las garantías contratadas en los seguros se incluía el supuesto en que la Asegurada D^a fuera declarada en situación de invalidez permanente en grado de absoluta, con un capital acumulado inicial de 15.000.- € para el primero de los seguros (coincide con el capital entregado en virtud del primer préstamo personal de 'CAISA MANLLEU'), y de 45.000.- € para el segundo de los seguros. Mi representada, peluquera de profesión, se encontraba afiliada a la Seguridad Social y en situación de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. En fecha 21/10/2004 inició un proceso de incapacidad

temporal por contingencias comunes... En fecha 2/3/2007, y tras promover mi representada un procedimiento judicial en materia de incapacidad permanente, el Juzgado de los Social nº 12 de Barcelona dictó sentencia por la que declaraba a Dª en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta para todo tipo de trabajo, derivada de enfermedad común... Frente a dicha resolución, el INSS interpuso recurso de suplicación, el cual fue desestimado por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de los Social, en virtud de sentencia de fecha 10/7/2008 ... Reconocida la invalidez, mi representada declaró el siniestro a "ERGO SEGUROS" al objeto de hacer valer las garantías de las pólizas de seguro que mantenía en vigor. La compañía de seguros le envió carta de fecha 26/3/2008 por la que de forma totalmente inesperada rechazaba el siniestro al mismo tiempo que cancelaba las pólizas... ", y, habiéndose opuesto la parte demandada alegando, también en esencia, que ".. no estamos de acuerdo con lo expuesto en el correlativo de la demanda, puesto que no podemos admitir que la suscripción de las pólizas de seguro de las que trae causa este litigio obedeciese a otras razones que el propio interés de la Sra. ... No estamos de acuerdo con lo que se afirma en el correlativo de la demanda... por lo que respecta a la fecha de los cuestionarios de salud... ..", seguido el procedimiento su curso concluyó mediante sentencia desestimatoria de la demanda, sin imposición de costas, contra la que interpone recurso de apelación la Sra. en solicitud de lo que queda dicho en el precedente Fundamento de Derecho.

Alega la recurrente en el escrito interponiendo el recurso de apelación que " *la sentencia incurre en infracción de normas jurídicas y error en la valoración de la prueba practicada,... En concreto, se consideran indebidamente aplicados o erróneamente interpretados los artículos 10 de la [Ley de Contrato de Seguro](#), así como el art. 217 de la [Ley de Enjuiciamiento Civil](#) " (alegación, que llama Extremo, previo), y, tras un primero sobre " *antecedentes del caso* ", desarrolla los motivos de impugnación de la Sentencia recurrida en los extremos segundo (titulado: Infracción del art. 10 LCS) y tercero (titulado: Error en la valoración de la prueba practicada), y en el cuarto señala la conclusión que entiende que debe derivarse de su alegato.*

Ambos motivos van entrelazados pues de que se aprecie o no una ocultación de datos en la cumplimentación del cuestionario de salud, lo que incide en la valoración de la prueba, se derivará, en lógica consecuencia, la aplicación o no del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro en la parte del mismo que exonera a la aseguradora de la obligación de pago de la prestación, por lo que serán resueltos conjuntamente.

TERCERO

Y en orden a su resolución ha de señalarse que, con independencia de que los contratos de seguros fueran o no vinculados a los contratos de préstamo personal y

préstamo con garantía hipotecaria, lo que pudiera presumirse del hecho de que como beneficiaria aparezca en primer lugar la Caixa Manlleu, y con independencia de que no figure fecha en los cuestionarios de salud pues la misma habrá de entenderse anterior a la fecha de efectos que figura en cada una de las hojas y así se infiere de lo alegado por la demandante en su demanda al vincularlas a los contratos de préstamo suscritos con dicha entidad y decir que fueron rellenas por el empleado de la entidad que señala con lo que, lógicamente, habrá de situar la fecha de los cuestionarios de salud al menos en la misma de los respectivos contratos de préstamo, cosa que es predicable respecto al primero de ellos ya que la fecha de constitución es la de 17 de diciembre de 2002, coincidente prácticamente con la de la póliza de contrato de seguro (19 de diciembre de 2002), no así en cuanto al segundo pues el contrato de préstamo es de fecha de constitución el 5 de octubre de 2005 y, sin embargo, la de la póliza de contrato de seguro es de 2 de abril de 2003, pero es lo que aduce la propia demandante en su escrito de demanda, con lo que carece de virtualidad jurídica a los efectos pretendidos por la apelante la alegación que efectúa por primera vez en su escrito de interposición del recurso de apelación de que " *en atención al elemento temporal, no consta que los cuestionarios fueran presentados a la asegurada "antes de la conclusión del contrato"* (art. 10 LCS), *ya que no aparece la fecha en que fueron emitidos* ", pues ello es contradictorio con lo que adujo en la demanda ya que, aunque en el hecho sexto del mismo se señala que "no llevaban fecha", y que "habían sido rellenos por la misma persona", acto seguido se dice que "la persona que relleno los cuestionarios a presencia de la Sra. fue D. Clemente , que en aquellas fechas era empleado de la oficina de "CAIXA D'ESTALVIS DE MANLLEU" con sede en la población de Sallent" y reconoce que "la Sra. se había limitado a firmarlos en su parte inferior", con independencia de ello, se dice, es un hecho indiscutido que el contrato de seguro en virtud del cual la actora reclama a la demandada la cantidad que señala en su demanda asegura, entre otras garantías, y en lo que aquí importe, la invalidez absoluta y permanente, en cuya situación de incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo fue declarada la demandante-apelante por Sentencia dictada en fecha 2 de marzo de 2007 por el Juzgado de lo Social nº 12 de Barcelona , confirmada mediante Sentencia dictada en fecha 10 de julio de 2008 por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña .

Con lo que la cuestión a resolver se centra en determinar si la patologías que constan en la Sentencia referenciada dictada por el Juzgado de lo Social nº 12 de Barcelona, confirmada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña mediante la Sentencia también dicha, consistentes en " *trastorno depresivo mayor, severo y crónico; síndrome fibromiálgico, con 18 puntos fibromiálgicos*

positivos y sintomatología intensa; síndrome de fatiga crónica; síndrome subacronial bilateral; liquen plano oral, asociado a la hepatitis C; hipertensión arterial; psoriasis; cervicoartrosis moderada; importante escoliosis lumbar; espolones calcáneos; coxartrosis moderada ", de las que la Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña señala que *" tales lesiones, en el grado en el que se califican de depresión mayor y la fibromialgia evidencia una imposibilidad para la realización de cualquier actividad laboral, y todo ello sin siquiera tener en cuenta la fatiga crónica y una importante escoliosis lumbar que igualmente le impedirían el trabajo "*, en las que habrá que centrar nuestra resolución por ser las que se consideran incapacitantes, en especial las tres primeras por ser las tenidas en cuenta en la Sentencia del Juzgado de lo Social, eran o no conocidas por la ahora recurrente al cumplimentar, o ser cumplimentado por ella, el cuestionario de salud y las ocultó a la aseguradora o, por el contrario, las ignoraba o, incluso, si se trata de circunstancias que, aún pudiendo influir en la valoración del riesgo, no están comprendidas en aquél, pues llama la atención que la propia aseguradora al comunicar el rechazo del siniestro se limite a decir que *" alguna de las patologías "*, sin indicar cuál de ellas, *" eran anteriores a la contratación de las pólizas "*.

Y aunque es lo cierto que la actora manifestó a la aseguradora, al rellenar el cuestionario de salud y contestar en sentido negativo, o firmar el mismo, no tener *alguna afección del cerebro o del sistema nervioso central tal como vértigo, desvanecimientos, epilepsia, parálisis, depresiones, etc.* basta tener en cuenta que los contratos en virtud de los cuales reclama a la aseguradora fueron suscritos en fecha 19 de diciembre de 2002 y 2 de abril de 2003, respectivamente, y que la primera referencia que se hace a *" sintomatología depresiva "* es en el informe emitido en fecha 8 de mayo de 2006 para Labor Accidentes, S.L. en el que figuran el Dr. (psiquiatra), el Dr. (Médico) y la psicóloga Doña , y en el mismo se dice que *" la paciente explica que sufre sintomatología depresiva desde hace 4 años reactiva a problemática familiar "*, para que no pueda considerarse que por la asegurada se ocultaran datos sobre su estado de salud en lo atinente a dicha patología pues el hecho de que explicara que sufre sintomatología depresiva desde hace 4 años no quiere decir que le fuera diagnosticada dicha enfermedad, sino que asociaba su estado de ánimo desde ese tiempo a problemática familiar, no alcanzando a comprenderse que la palabra << reactiva >> fuera empleada por la Sra. , y que, incluso en la fecha de emisión del dictamen la sintomatología no era de entidad tal que pudiera diagnosticarse como depresión se deriva del hecho mismo de que en la orientación diagnóstica que figura en el mismo se dice que *" desde el punto de vista psiquiátrico no requiere seguir de baja laboral "*.

Lo mismo cabe decir de la fibromialgia por cuanto la primera referencia clara que

consta es en el informe de la Dra. de fecha 17 de septiembre de 2003, en el que se dice " *paciente que tiene una posible fibromialgia* ", esto es, que aún no está diagnosticada la misma, y a dicho informe es al que se refiere el emitido por el Dr. en fecha 21 de abril de 2006, cuando dice que " *desde hace unos dos años se diagnosticó de fibromialgia, y posible artritis psoriásica (Doña.)* ", con lo que si se le diagnosticó dos años antes del 21 de abril de 2006, es claro que no lo había sido a las fechas de la firma de los contratos de seguro, ni tampoco puede considerarse que la demandada, ahora apelada, haya cumplido con la carga de la prueba que a ella le incumbía de que la padecía con anterioridad a dichas fechas, como hecho enervatorio de la eficacia jurídica de los hechos alegados por la demandante, conforme al principio general contenido en el artículo 217.3 de la [Ley de Enjuiciamiento Civil](#) del Informe sobre Problemas de Salud por CIP de la Sra. Belinda emitido por el Institut Català de la Salut, Servei d'atenció Primària, obrante al folio 309 por cuanto en el mismo lo que se hace constar es " *reumatisme, inespecífic/fibromialgia* " al lado del año 2003, pero sin determinar la fecha exacta de dicho año, ni que se hubiera determinado en el mismo la fibromialgia, como se infiere, sin duda, de la utilización de la palabra << *inespecífic* >>.

Igualmente la fatiga crónica tampoco puede considerarse que fuera ocultada por la demandante a la aseguradora por cuanto, sin perjuicio de la dificultad de su ubicación en cualquiera de los apartados del cuestionario salvo el general de otras enfermedades, dolencias o secuelas, que no puede considerarse como determinante, es lo cierto que al venir asociada a la hepatitis C y ésta, a su vez, con el liquen plano, sin embargo la hepatitis C no aparece reflejada en el informe del Dr. ya referenciado, de fecha 21 de abril de 2006, y no le fue diagnosticada hasta después de la suscripción de los respectivos contratos, como se infiere del contenido del antedicho informe sobre Problemas de Salud por CIP, de la Sra., del Institut Català de Salut de fecha 25 de noviembre de 2009 (folio 309), en el que se describe, entre otras patologías, " *portador d'hepatitis vírica VHC+* " al lado del año 2006, y que el liquen plano estaba relacionado con el virus de la hepatitis C no era dable exigir su conocimiento a la actora, ni consta que se le hubiera advertido en ese sentido, incluso en el informe médico aportado por la demandada, emitido por el Dr. , se dice que el liquen plano es de etiología desconocida y que puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes y a hepatitis C, de lo que cabe colegir que aunque el liquen plano le fuera diagnosticado con anterioridad a la suscripción de los contratos de seguro, sin embargo, la hepatitis C, aún larvada, no le había sido aún diagnosticada ni, por consiguiente, la Sra. conocía que la padeciera, así se infiere también de dicho informe en el que se señala que "si tenemos en cuenta que el liquen plano se inició entre 1997 y 1998, es evidente que la hepatitis es previa, aunque la

determinación de los Ac. VHC, que se aportan hayan sido realizados con posterioridad".

Sin que, por otra parte, la escoliosis que aparece diagnosticada en dicho informe en el año 2000, haya sido considerada por sí sola determinante por las Sentencias referenciadas de la jurisdicción social para declarar a la recurrente en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta, como se deriva de lo que ha quedado transcrito de la fundamentación jurídica de la Sentencia de la Sala de lo Social y que en la del Juzgado de lo Social ni siquiera se tiene en cuenta pues se dice en el Fundamento de Derecho Tercero de la misma que "*en el presente caso las pruebas médicas practicadas, valoradas en su conjunto y críticamente, ponen de manifiesto que la actora sufre las patologías que se han declarado probadas y que el conjunto de las mismas, y particularmente el trastorno depresivo mayor, severo y cronificado, el síndrome fibromiálgico, con sintomatología intensa, y el síndrome de fatiga crónica, implican una limitación funcional muy importante de la que no se desprende de forma razonable capacidad suficiente para desarrollar ninguna actividad laboral con los compromisos propios y el rendimiento mínimo que toda relación laboral, o incluso servicios prestados por cuenta propia para que sean mínimamente competitivos, ineludiblemente exige. Procede por ello declararla en situación de incapacidad permanente absoluta*".

Y si conforme a lo dispuesto en el artículo 1.269 del [Código Civil](#) "hay dolo cuando, con palabras o maquinaciones insidiosas de parte de uno de los contratantes, es inducido el otro a celebrar un contrato que, sin ellas, no hubiera hecho", de lo que queda dicho, se colige que la ahora apelante, al no haber sido diagnosticado de sus patologías con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro, aunque las mismas se encontraran larvadas, al cumplimentar, o más bien firmar, el cuestionario de salud actuó con la buena fe debida en todo tipo de negocio jurídico, sin reservas o inexactitudes frente a la ahora apelante que le libere del pago de la prestación conforme a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, pues, conforme a la jurisprudencia, "el concepto de dolo que da el art. 1269 CC no sólo comprende la insidia directa e inductora sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte debidamente" [SS. 6 de junio de 1953](#), 7 de enero de 1961 y [20 de enero de 1964](#)", siendo esta segunda forma o modalidad de dolo a la que se refiere el inciso final del párrafo tercero del art. 10, como resalta la [Sentencia de 12 de julio de 1993](#) al decir que el dolo que se aprecia es, evidentemente, de naturaleza negativa, en cuanto supone reticencia en la obligada [persona obligada] que silenció los hechos y circunstancias influyentes y determinantes de la conclusión del contrato que de haberlos sabido la otra parte influirían decididamente en su voluntad de celebrar el contrato y que encuentra encaje en el art. 1269 CC (LEG 1889\27) " S. 26-10-91 SIC

" ([SS. 26 de octubre de 1981](#) y [26 de julio de 2002](#), y en el mismo sentido, [30 de septiembre de 1996](#), [31 de diciembre de 1998](#) y [6 de febrero de 2001](#)). El dolo es el engaño causado maliciosamente haciendo creer al otro contratante lo que no existe u ocultando la realidad ([S. 3 de octubre de 2003](#))." ([S.T.S. de 31 de mayo de 2004](#)).

Y dice también la misma Sentencia del Tribunal Supremo que "el art. 89 LCS establece la remisión a las disposiciones generales (art. 10) en caso de reticencias o inexactitudes en las declaraciones que influyan en la estimación de riesgo, y el art. 10, párrafo primero, LCS exonera al tomador cuando tratándose de circunstancias que pudiendo influir en la valoración del riesgo no estén comprendidas en el **cuestionario** , y dispone, en el párrafo tercero, la liberación del pago de la prestación que incumbe al asegurador si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro." S.T.S. de 31 de mayo de 2004 , , pues, como sigue diciendo, "lo que sanciona la Ley es la omisión voluntaria, en cuanto el conocimiento de la enfermedad pueda trascender a las condiciones contractuales, o la propia concertación de la póliza ([SS. 30 de septiembre de 1996](#), 31 de diciembre de 1998 [RJ 1998\ 9775]; 24 de junio de 1999 [RJ 1999\ 4486]), ". La jurisprudencia de esta Sala resulta acorde al imponer al contratante el deber de declarar con la máxima buena fe todas las circunstancias "en este caso su estado de **salud** " que delimitan el riesgo, por ser datos trascendentales, es decir, que pueden resultar influyentes a la hora de concertar el seguro (SS. 31 de diciembre de 2001 [RJ 2002\ 3097], 18 junio [RJ 2002\ 5894] y [26 de julio de 2002](#), y cita). Es cierto, que, si la entidad aseguradora no exige el **cuestionario** [o declaración correspondiente] debe pechar con las consecuencias (SS., entre otras, 23 de septiembre de 1997 [RJ 1997\ 6822], 22 de febrero [RJ 2001\ 2609] y [9 de abril de 2001](#), 17 de febrero de 2004), porque [en el régimen de la LCS] no hay propiamente un deber de declaración, sino de respuesta del tomador acerca de lo que le interesa de él al asegurador y que le importa a efectos de valorar debidamente el riesgo, como la concurrencia de aquellos otros extremos que sean de interés (SS., ente otras, de 11 de noviembre [RJ 1997\ 7870] y [2 de diciembre de 1997](#) y [22 de febrero de 2001](#)). La jurisprudencia no exige una forma especial para lo que el art. 10 LCS denomina « cuestionario » (según la segunda de las acepciones del Diccionario de la RAE, que resulta la más adecuada aquí, es una «lista de preguntas que se proponen con cualquier fin»), por lo que no se contradice la doctrina legal dándole plena eficacia a la «Declaración Estado **Salud** » que figura impresa en la póliza firmada por el asegurado (f. 98), y en tal sentido se orientan entre otras [Sentencias las de 24 de junio de 1999](#) y 2 de abril de 2001. Finalmente debe tenerse en cuenta, de conformidad con las Sentencias de 25 de noviembre de 1993 y [27 de octubre de 1998](#)), entre otras, que «en cualquier caso la violación del deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos; de manera que no se trata

solamente de calificar la conducta del declarante asegurado como de buena o mala fe, sino sobre todo atenerse el Tribunal a la objetividad de si la conducta del asegurado o tomador del seguro viene a frustrar la finalidad del contrato para su contraparte al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le viene a desorientar e impulsar a celebrar un contrato que no hubiera concertado de haber conocido la situación real del tomador del seguro o al menos si éste le hubiera manifestado todas las circunstancias que conocía. (...) Como la doctrina científica afirma razonablemente, la violación resulta de un hecho puramente objetivo: 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».

Y en aquel momento, el de la cumplimentación de la declaración de salud y su firma la demandante-apelante no conocía, pues no había sido diagnosticada, que padecía las enfermedades o patologías por la que ha sido declarada en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta, con lo que, en definitiva, al no poder considerarse que la interpretación que de la prueba practicada se hace en la Sentencia recurrida resulte lógica o racional en relación con los informes médicos obrantes en las actuaciones, en que, además, figura el historial médico de la demandante, lo que la hace incidir en la errónea apreciación de que actora " *ocultó datos relevantes solicitados en el cuestionario* ", cuando ninguna de las enfermedades por las que fue declarada en dicha situación de incapacidad permanente absoluta por el Juzgado de los Social le había sido diagnosticada con anterioridad a la firma del tan repetido cuestionario y no tenía por qué saber, pues no consta que se le advirtiera, que el liquen plano podía ir asociado a la hepatitis C, procede la estimación del recurso de apelación, con la consecuencia de la revocación de la Sentencia recurrida, la estimación de la demanda con condena a la demandada al pago de la cantidad de 60.000 euros, importe que supone la suma del riesgo asegurado en ambos contratos (15.000 euros y 45.000 euros, respectivamente), más, al haber incurrido la aseguradora en mora el interés legal de dicha cantidad, conforme a lo previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro , desde la fecha que consta de recepción de la documentación por la aseguradora que le fue remitida por la Sra. (docum. 19 de la demanda) relativa a la declaración de invalidez al no constar la fecha de su envío, esto es, desde el 26 de marzo de 2008, y la condena en las costas causadas en la primera instancia a la parte demandada al haber sido rechazada totalmente su pretensión y no presentar dudas que la demandante no había sido diagnosticada de las enfermedades con anterioridad a la suscripción de los contratos, ni del historial médico se infiere que estuviera en proceso de diagnóstico de alguna de ellas en el momento de la fecha de suscripción de los mismos.

CUARTO

La estimación del recurso de apelación conlleva la no imposición de las costas causadas en esta alzada, conforme a lo dispuesto en el artículo 398.2 de la [Ley de Enjuiciamiento Civil](#).

Vistos los preceptos legales citados y los demás de general y pertinente aplicación.

FALLAMOS

Que, con estimación del recurso de apelación interpuesto por Doña contra la Sentencia dictada en fecha 1 de febrero de 2010 por el Juzgado de Primera Instancia nº 2 de Manresa en el juicio ordinario registrado con el nº 826/2008 seguido a instancia de Doña contra Ergo Vida Seguros y Reaseguros, S.A., sobre reclamación de cantidad, debemos revocar y revocamos dicha Sentencia y, en su lugar, estimamos la demanda y condenamos a la demandada a que pague a la actora la cantidad de 60.000 euros, más el interés previsto en el artículo 20 de la [Ley de Contrato de Seguro](#) desde el 26 de marzo de 2008, con imposición de costas causadas en la Primera Instancia a la parte demandada. Y sin que haya lugar a hacer especial condena en cuanto a las costas causadas en esta alzada.

Y firme que sea esta resolución, contra la cual no cabe interponer recurso ordinario alguno, devuélvanse los autos originales al Juzgado de su procedencia, con testimonio de la misma para su cumplimiento.

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

PUBLICACION.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia en el mismo día de su fecha, por el Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a Ponente, celebrando audiencia pública. DOY FE.