

Audiencia Provincial

AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia num. 508/2014 de 6 noviembre

Seguro.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 82/2013

Ponente:Illma. Sra. Ana Mª Ninot Martínez

AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA

SECCIÓN DECIMOSÉPTIMA

ROLLO núm. 82/2013

JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 8 GAVÀ

PROCEDIMIENTO ORDINARIO Nº 100/2011

SENTENCIA núm. 508/2014

Ilmos. Sres.:

Don José Antonio Ballester Llopis

Doña Ana Maria Ninot Martínez

Doña María Sanahuja Buenaventura

En la ciudad de Barcelona, a seis de noviembre de dos mil catorce.

VISTOS, en grado de apelación, ante la Sección Decimoséptima de esta Audiencia Provincial, los presentes autos de Procedimiento ordinario, número 100/2011 seguidos por el Juzgado Primera Instancia 8 Gavà, a instancia de quien se encontraba debidamente representado/a por Procurador y asistido/a de Letrado, actuaciones que se instaron contra CAIXASABADELL VIDA SA UNNIM, 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 contra la Sentencia dictada en los mismos de fecha 17 de octubre de 2012, 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 formulada por D., representado por la Procuradora D^a., contra CAIXA SABADELL VIDA, absuelvo a la demandada de cuanto pedimento en su contra se solicita en suplico de demanda, con imposición del pago de las costas al demandante."

SEGUNDO.- Contra la anterior sentencia se interpuso recurso de apelación por la representación de 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 celebración de la votación y fallo que ha tenido lugar el día cinco de noviembre de dos mil catorce.

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

VISTO, siendo Ponente la Ilma. Sra. Magistrada D^a Ana Maria Ninot Martínez.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO

El presente procedimiento se inició por demanda presentada por D. contra CAIXA SABADELL VIDA SA (posteriormente UNNIM VIDA SA) en la que el actor solicita que se condene a la demandada a abonarle la cantidad de 48.000 € más el interés legal incrementado en el 50% desde la fecha de la interpelación y las costas, pretensión que fundamenta en las siguientes alegaciones. En fecha 31 de agosto de 2004, el Sr. y su esposa suscribieron un crédito hipotecario con Caixa d'Estalvis de Sabadell por importe de 96.000 € y asimismo contrató un seguro de vida e invalidez absoluta y permanente con un capital asegurado de 48.000 €; indica el demandante no recordar haber suscrito ningún cuestionario de salud. El Sr. fue declarado en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta por resolución de fecha 31 de mayo de 2010, circunstancia que comunicó a la compañía aseguradora que denegó el pago de la indemnización porque en el momento de la contratación la compañía no tenía

conocimiento de que el actor padeciera patologías previas y ya tuviera concedida con anterioridad una invalidez total permanente, señalando la compañía que de haber sido conocedora de esa situación no hubiera formalizado la póliza. Afirma el actor que no ha habido por su parte ni ocultación, ni dolo, ni mala fe pues Caixa Sabadell conocía que el Sr. tenía concedida una invalidez permanente total para la profesión de albañil y percibía por ello una pensión.

La demandada CAIXA SABADELL VIDA SA (UNNIM VIDA SA) compareció y presentó su escrito de contestación a la demanda fuera de plazo, razón por la que no fue unido a las actuaciones teniendo por precluido el trámite.

La sentencia de instancia desestimó la demanda por considerar que la compañía aseguradora no tenía conocimiento previo de la dolencia de miopía magna del actor determinante en su progresividad de la incapacidad permanente absoluta y entiende que el asegurado demandante incumplió las obligaciones que le imponen los artículos 10 y 11 de la Ley de Contrato de Seguro .

Frente a dicha resolución se alza el actor D. que recurre en apelación alegando la nulidad de actuaciones por haber acordado el juez de instancia la práctica de una prueba pericial previamente inadmitida, la fijación errónea del hecho controvertido que no coincide con el fijado en la audiencia previa, la inexistencia de ocultación, dolo o culpa grave por parte del asegurado, e impugna asimismo el pronunciamiento relativo a las costas.

SEGUNDO

Como cuestión previa, la recurrente plantea la nulidad de actuaciones referida a la prueba pericial que el Juez de instancia acordó verbalmente en el acto del juicio como diligencia final, alegando que dicha resolución se adoptó prescindiendo de normas esenciales del procedimiento y ha causado indefensión al actor, motivo por el cual considera que dicha prueba pericial no puede ser tomada en consideración.

La secuencia de los hechos es la siguiente: la compañía demandada no contestó la demanda, no obstante lo cual compareció a la audiencia previa y propuso prueba, entre ellas prueba pericial solicitando la designación judicial de un perito médico oftalmólogo a fin de determinar si los antecedentes médicos y patológicos del Sr. previos a la formalización de la póliza en septiembre de 2004 influían de forma muy negativa en la salud del actor y si los motivos por los que se le concedió la incapacidad absoluta tienen relación de causalidad médica con los antecedentes que presentaba el demandante; en el acto de la audiencia previa, el juez de instancia admitió inicialmente dicha prueba pero, formulado recurso de reposición por la parte actora, finalmente la inadmitió por extemporánea con fundamento en lo previsto en

los [arts. 339 y 427.4 LEC](#); practicada toda la prueba en el acto del juicio oral y formuladas las conclusiones por ambas partes, el juez acordó como diligencia final la práctica de la prueba pericial médica que en su momento había propuesto la demandada e inadmitido el juez; en ese momento el demandante no recurrió esa resolución ni formuló oposición, no mostrando su disconformidad hasta el escrito de valoración de la mencionada prueba pericial.

Al respecto cabe señalar, en primer lugar, que si bien es cierto que la declaración de nulidad de actuaciones procede ante la infracción de normas procesales, que además cause indefensión, resulta imprescindible que la parte hubiera hecho valer la infracción en el momento procesal oportuno que, en este caso, era recurriendo la resolución oral del juez de instancia en la que se acordó la práctica de la diligencia final, cosa que no hizo. El actor nada dijo sobre esta prueba pericial hasta después de haber tenido a la vista el dictamen emitido por el perito, no habiendo recurrido ni la decisión oral del juez en el acto del juicio, ni la diligencia de ordenación designando el perito, ni la diligencia de ordenación comunicando la aceptación del perito, ni la diligencia dando traslado a las partes del dictamen y concediéndoles cinco días para valorar el resultado de la prueba. Por esta razón, aun cuando la actuación del juez pudiera considerarse incorrecta, lo cierto es que fue consentida por la parte actora de tal suerte que no puede ahora invocar la nulidad de actuaciones.

TERCERO

También como cuestión previa el recurrente denuncia la fijación totalmente errónea del hecho controvertido que no coincide con el fijado en la audiencia previa. Aduce el demandante que la sentencia apelada fija erróneamente el objeto de esta litis *"a la procedencia o no de la reclamación en atención a la ocultación y desconocimiento por la demandada de esta dolencia, miopía magna, previa al concierto del seguro y declaración médica para el mismo"*, cuando en el acto de la audiencia previa el Juez a quo fijó como hechos controvertidos todos los de la demanda.

No obstante las alegaciones vertidas por el recurrente, lo cierto es que no se aprecia ni el error denunciado ni contradicción alguna. De la lectura de la demanda y del acto del juicio resulta sin ninguna duda que el objeto de controversia es justamente el indicado por el juez de instancia en el segundo párrafo del Fundamento Jurídico Primero de su sentencia; y así lo evidencia también el contenido del informe final o de conclusiones que realizó la letrada del demandante que versa precisamente sobre dicho objeto de controversia.

CUARTO

Dispone el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro que *"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."

El precepto legal citado impone por tanto al tomador del seguro 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, esto es todas las circunstancias del objeto del contrato de seguro, así como aquellas otras circunstancias de carácter personal que puedan influir en la valoración de ese riesgo. Sin embargo exime al tomador del referido deber de información en dos casos: 1º) Cuando el asegurador no le someta el cuestionario antes citado, por entenderse que en tales casos es el asegurador quien renuncia al conocimiento de aquellos datos al considerarlos innecesarios para la valoración del riesgo, y 2º) Cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El mencionado precepto precisa que la declaración inexacta del tomador del seguro y/o asegurado, o la omisión de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, solo dará lugar a la liberación del asegurador cuando esa inexactitud u omisión se deba a dolo o culpa grave del tomador del seguro. Por consiguiente, la ausencia de mala fe, o la conducta negligente del tomador sobre tales extremos, que no sea calificable de grave, no libera al asegurador de su deber de prestación. En todo caso la concurrencia de dolo o culpa grave del asegurado en la declaración del riesgo es un elemento cuya prueba corresponde al asegurador.

La STS de 23 de septiembre de 2.005 expone que en relación con el deber que al tomador del seguro impone el artículo 10 L.C.S ., la doctrina del T.S. puede sintetizarse en los siguientes puntos: A) El propósito que pueda haber inducido a concertar la póliza de seguro de vida resulta irrelevante en cuanto se refiere a la carga de cumplimentar el cuestionario que corresponde al tomador del seguro, quien debe dar respuesta a las preguntas que le formula el asegurador. B) Que dicho cuestionario en modo alguno constituye una cláusula limitativa de derechos.C) Que no existe una exigencia de forma especial para el mismo, por lo que ha de reconocerse plena eficacia a la "declaración de salud" que suele insertarse en las pólizas a que nos referimos. D) Que incumbe al contratante del seguro el deber de declarar con la máxima buena fe todas las circunstancias que delimitan el riesgo, como sucede con el estado de salud, cuya decisiva influencia es evidente en cuanto se refiere a la concertación del seguro de vida. E) Que la ley sanciona la omisión voluntaria de una enfermedad que se padece o ha padecido, en cuanto el conocimiento de la misma pueda trascender a las condiciones contractuales o a la propia celebración del contrato. F) Que la violación del deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos, atendiendo a si se ha frustrado la finalidad del contrato para el asegurador, al proporcionarle datos inexactos o silenciar los que han de considerarse relevantes, induciéndole a celebrar un contrato que no hubiera concertado de haber conocido la verdadera situación del asegurado. En definitiva, existirá la violación mencionada cuando el riesgo declarado y tenido en cuenta a la hora de la perfección del contrato sea distinto del en aquel momentoXXXXXXXXXXXXXXXXX

realmente existente. G) La exoneración al asegurador del pago de la prestación pactada solo tiene lugar en los casos de culpa grave o dolo del tomador del seguro, al haberse abstenido de manifestar circunstancias por él conocidas que afectan decisivamente a la valoración del riesgo. H) El concepto de dolo que establece el [artículo 1269 del Código Civil](#) no solo comprende la insidia directa e inductora, sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte debidamente, adoptando una conducta negativa que causa maliciosamente el engaño del otro contratante haciéndole creer lo que no existe o bien ocultándole la verdadera realidad y a la que se refiere el inciso final del párrafo tercero del art. 10 L.C.S .

Entre las sentencias más recientes que han estudiado dicho precepto, se pueden invocar las siguientes:

La Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de noviembre de 2007 argumenta que: *"El artículo 10, en lugar de concebir de una forma general y abstracta los límites del deber del tomador de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, ha acotado este deber limitándolo a la contestación del*

cuestionario que le someta el asegurador. Aparece así, no un deber espontáneo o independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario que tiene su precedente en el derecho suizo. A diferencia del [artículo 381](#) del [Código de Comercio](#), en el que el asegurado estaba obligado a decir todo lo que sabía sobre el riesgo y también a decir exactamente todo lo que dice, el artículo 10 circunscribe el deber de declaración al cuestionario que el asegurador someta al presunto tomador del seguro".

La Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de mayo de 2011 señala que "...El [artículo 10](#) de la [Ley del Contrato de Seguro](#) , relaciona el deber de veracidad del asegurado con el cuestionario, como derecho y deber del asegurador de someter al mismo aquél, hasta tal punto que «quedará exonerado de tal deber» (de declarar todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo) «si el asegurador no le somete cuestionario o cuando aun sometiéndoselo, se trata de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él» tal como dispone el último inciso del primer párrafo de dicho artículo 10. La razón última de esta norma no es que deje de protegerse la veracidad y la buena fe, sino que no es concebible la exigencia al asegurado que declare, en su contra si es preciso, cuando ni siquiera la parte contraria en el contrato, el asegurador, se ha preocupado en preguntarle sus circunstancias, mediante un adecuado cuestionario ...".

La Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2014 razona que: "...La jurisprudencia de esta Sala, de la que es ejemplo la Sentencia de 11 de mayo de 2007 , con cita de las de 31 de diciembre de 1998 , 25 de julio de 2002 y 31 de mayo de 2004 , define el dolo al que tales preceptos se refieren -en sentido plenamente aplicable al caso enjuiciado- como la "reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubieran influido decisivamente en la voluntad de celebrarlo". (Sentencias de 15 de noviembre de 2007 y 18 de julio de 2012)".

Haciendo un resumen de la citada jurisprudencia, puede afirmarse que en el seguro de vida, la obligación del asegurado de declarar sobre su estado de salud al objeto de determinar el contenido del seguro y en definitiva para determinar el pago de las primas e indemnización que pudiera corresponder, es una obligación de respuesta al cuestionario que le someta la compañía de seguros, que debe anotar las preguntas más significadas para comprender el estado de salud que viene a asegurar para que sobre ellas de una respuesta veraz el asegurado. No es éste, pues, quien debe manifestar motu proprio las enfermedades que haya padecido. El deber de declarar

del asegurado consiste en responder a las preguntas que le presente la compañía de seguros, haciéndolo de forma veraz, conforme al principio de buena fe que rige esencialmente esta materia contractual.

QUINTO

En el caso de autos, el demandante afirma que no ha existido ocultación, ni dolo, ni mala fe en su actuación y afirma asimismo no recordar haber rellenado ni firmado ningún cuestionario de salud.

Obra en autos, aportado por la compañía demandada a requerimiento del actor, la *declaración del asegurado para seguros sin examen médico* (folio 144 vuelto), en el que constan los datos del Sr. Luis Francisco relativos a profesión (administrativo), estatura (180), peso (96), y además las preguntas siguientes:

Pateix cap malaltia o trastorn?

Ha sofert amb anterioritat cap malaltia?

Ha sofert cap accident?

Li han fet cap intervenció quirúrgica?

Està sota control mèdic de cap mena?

Fa cap esport perillós?

Fuma cigarrets, cigars o tabac de pipa?

És o ha estat addicte a l'alcohol, medicaments o qualsevol altre droga?

Té altres assegurances de vida contractades o sol·licitades amb altres entitats?

Todas las preguntas constan contestadas negativamente.

No obstante las manifestaciones vertidas por el recurrente sobre este documento, consideramos que no hay ninguna duda sobre la autenticidad del mismo. Obsérvese que es el reverso del documento de solicitud de inclusión del Sr. en el Seguro de Grupo suscrito por Caixa de Sabadell con CaixaSabadell Vida SA, al que sigue la póliza propiamente dicha (folios 144 y 145), originales ambos, del que el actor únicamente aporta el anverso (folio 53). Consta además la firma original del Sr. que no la ha impugnado.

Sobre la forma en que se cumplimentó dicho cuestionario cabe decir que las declaraciones de los testigos que han depuesto en el acto del juicio son contradictorias. Así mientras la esposa del actor, Sra. , manifiesta que no le

preguntaron nada a su marido sobre dolencias o antecedentes, ni le reclamaron documentación médica, ni le hicieron ningún cuestionario médico, los testigos Sra. y Sr. , directora y apoderado de la oficina de Caixa Sabadell respectivamente, manifiestan que es imposible que el mencionado documento fuera firmado en blanco porque el sistema informático no permite imprimirlo si previamente no ha sido cumplimentado en el ordenador. En todo caso, lo cierto es que los empleados del banco no recuerdan cómo se rellenó el cuestionario, lo cual tampoco debe sorprender pues cuando se les preguntó en el acto del juicio habían transcurrido casi ocho años desde la firma de la póliza.

Así las cosas, procede ahora examinar si, como afirma la sentencia de instancia, el actor incumplió la obligación que le impone el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro , entendiéndolo el juez a quo que el Sr. Luis Francisco padecía una enfermedad previa, miopía magna, de la que había sido intervenido en el año 2000, que el actor no comunicó a la compañía, y que es la que determina que en el año 2010 se le declare en situación de incapacidad absoluta permanente.

Revisado nuevamente todo el material probatorio y visionada la grabación del acto del juicio, no compartimos la conclusión alcanzada por el Juez de instancia.

Es un hecho incontrovertido que por resolución de fecha 31 de mayo de 2010 se declaró a en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta en atención a las siguientes lesiones: miopía magna en ambos ojos: membrana neovascular subretiniana miópica en OD tratada con terapia fotodinámica con mal resultado:AV:movimiento de manos. Membrana neovascular miópica en ojo izquierdo tratada en 2008 con avastin intravítreo: AV: 0,9 con metamorfopsia residual. T. depresivo mayor recurrente. SAHS en tratamiento con CPAP (folio 58).

Entendemos que la declaración de incapacidad absoluta es reconocida al actor por la consideración conjunta de las tres patologías que se recogen en la resolución, cuales son, la relativa a la vista, el trastorno depresivo y las apneas del sueño.

Es verdad que el demandante padecía desde siempre una miopía magna y que había sido intervenido en ambos ojos por este motivo en el año 2000, con mal resultado funcional en el ojo derecho. Pero no es menos cierto que el Sr. no había sufrido desde la intervención ninguna otra patología o trastorno en la visión hasta el mes de julio de 2008 que presenta problemas en el ojo izquierdo. Asimismo, de la documentación médica resulta que el síndrome obstructivo de apneas del sueño no es diagnosticado hasta el día 11 de octubre de 2005 (folio 366), sin que pueda darse relevancia alguna a las visitas realizadas por el actor al CAP en mayo de 2004 porque presentaba ronquidos y palpitaciones pues el diagnóstico es muy posterior en el

tiempo. Finalmente, por lo que se refiere al trastorno depresivo, el historial clínico evidencia que dicha patología aparece en el año 2009.

Es teniendo en cuenta todos estos datos que debe examinarse la conducta del demandante. Ciertamente, el Sr. contestó negativamente a las preguntas de si había sufrido alguna enfermedad y si había sido intervenido quirúrgicamente, siendo así que padecía miopía magna y había sido operado de miopía. Ahora bien, para poder hablar de infracción o incumplimiento por parte del tomador del seguro de la obligación que le impone el [art. 10 LCS](#), no basta una simple inexactitud sino que se requiere dolo o culpa grave del asegurado.

Y ese dolo o culpa grave que exige el precepto mencionado para liberar a la aseguradora de su obligación de indemnizar no se aprecian en el presente caso. En primer lugar, por las circunstancias en que se suscribió la póliza, exigida por la entidad financiera para la concesión del préstamo hipotecario, si bien no se aseguró la totalidad de su importe, sino solo la mitad (48.000 €). En segundo lugar, por la redacción misma del cuestionario en el que las preguntas se plantean en términos muy genéricos. Es la compañía aseguradora, la que por razón de su profesionalidad, viene obligada a presentar a los potenciales asegurados cuestionarios de salud específicos, con mucho mayor detalle que el de autos, pues el texto legal obliga al tomador a manifestar las "circunstancias por él conocidas" pero en función de las preguntas que le plantea la aseguradora, por lo que si el cuestionario es impreciso y demasiado genérico, ello no puede causar un perjuicio al asegurado. Así la STS de 4 de enero de 2008 señala que " *el cumplimiento del deber de información que se impone al asegurado debe valorarse en relación con la declaración prestada ante el cuestionario desde el prisma subjetivo de la buena fe en relación con la finalidad del contrato y el grado de claridad y precisión del cuestionario que se le somete*". De ahí que la jurisprudencia no dude en equiparar a la ausencia de cuestionario el cuestionario incompleto o los cuestionarios genéricos que contienen imprecisas observaciones carentes de concreción y precisión (STS 11/11/1997 y 2/2/1997 , entre otras). En nuestro caso, preguntas como *¿Ha sufrido con anterioridad alguna enfermedad?* resultan tan genéricas que casi deviene imposible contestar negativamente si no se quiere incurrir en una inexactitud o faltar a la verdad. Y en tercer lugar, porque estimamos acreditado que la entidad financiera debía tener conocimiento de la situación de pensionista del Sr., derivada de la incapacidad permanente para su profesión habitual de albañil que se le había reconocido en el año 1998 como consecuencia de dermatitis alérgica a componentes del cemento. Y entendemos que debe ser así porque para la concesión del préstamo hipotecario, el actor y su esposa tuvieron que aportar a la entidad financiera documentación acreditativa de sus ingresos, consistiendo éstos por lo que al Sr. se refiere, en una

pensión por dicha incapacidad y su nómina por la actividad laboral que como administrativo desarrollaba. Así pues, antes de concertar el préstamo y, por ende, el contrato de seguro, el banco ya sabía que el actor cobraba una pensión y por su edad, debió suponer que era por algún tipo de incapacidad, no obstante lo cual no estimó necesario reclamar ninguna documentación ni examen médico. Somos conscientes que la situación de incapacidad anterior nada tiene que ver con la declarada en el año 2010, pues resultan de patologías bien distintas, pero con lo expuesto queremos poner de manifiesto el poco o nulo interés que el banco mostró sobre el estado de salud del demandante pues, a pesar de que tenía constancia de los datos expuestos, no hizo ninguna indagación ni gestión al respecto, ni le extrañó que contestara negativamente a todas las preguntas.

En atención a lo expuesto, entendemos que al prescindir la compañía aseguradora de someter al asegurado a un cuestionario concreto y detallado y practicarle el reconocimiento médico pertinente, no puede reprochar ahora al actor que haya ocultado información, pues a ella incumbía haber indagado más profundamente sobre la salud del asegurado. Es por todo ello que la omisión de la patología de miopía magna padecida por el asegurado no puede constituir el concepto de dolo o culpa grave a que se refiere el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro . Procede, en consecuencia, estimar el recurso de apelación y revocar la sentencia de instancia, acordando en su lugar estimar la demanda interpuesta por D. y condenar a la compañía aseguradora demandada a abonarle la indemnización de 48.000 €, más el interés previsto en el artículo 20LCS .

SEXTO

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 394 y 398 de la [Ley de Enjuiciamiento Civil](#), dada la estimación del recurso de apelación, no se hace especial pronunciamiento en cuanto a las costas de esta alzada y respecto a las de instancia, se imponen a la parte demandada.

Vistos los preceptos legales aplicados y demás de general y pertinente aplicación,

F A L L A M O S

ESTIMAR el recurso de apelación interpuesto por D. contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 8 de Gavà en fecha 17 de octubre 2012 en autos de Procedimiento Ordinario núm.100/2011, de los que el presente Rollo dimana y, en consecuencia **REVOCAR** dicha sentencia, acordando en su lugar **ESTIMAR** la demanda interpuesta por D. contra CAIXA SABADELL VIDA SA (UNNIM VIDA SA) y condenar a la demandada a abonar al actor la cantidad de **CUARENTA Y OCHO MILEUROS (48.000 €)** más el interés previsto en el art. 20 [LCS](#), con imposición de las

costas a la demandada.

No se hace especial pronunciamiento en cuanto a las costas de esta alzada.

Visto el resultado de la resolución recaída, y conforme lo recogido en el punto 8 de la [Disposición Adicional Decimoquinta](#) de la Ley Orgánica del Poder Judicial en la nueva redacción introducida por la [L.O. 1/2009 de 3 de noviembre](#), BOE de 4 noviembre, procédase a la devolución de la totalidad del depósito ingresado en su día por la parte recurrente.

La presente resolución es susceptible de recurso de casación por interés casacional y extraordinario por infracción procesal siempre que se cumplan los requisitos legal y jurisprudencialmente exigidos, a interponer ante este mismo tribunal en el plazo de veinte días contados desde el día siguiente a su notificación. Y firme que sea devuélvanse los autos originales al Juzgado de su procedencia, con testimonio de la resolución 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 la Ilma. Sra. Magistrada Ponente, celebrando audiencia pública. DOY FE.