

Audiencia Provincial

AP de Barcelona (Sección 1ª) Sentencia num. 54/2012 de 13 febrero

SEGURO DE VIDA: deber de declaración del riesgo: incumplimiento por dolo o culpa grave: desestimación: enfermedad que no pudo ser advertida por el asegurado al formalizar el contrato y que ha dado lugar a una incapacidad permanente absoluta: veracidad en las respuestas del cuestionario: condena a la aseguradora al pago para la amortización parcial del crédito hipotecario.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 648/2010

Ponente:Ilmo. Sr. D. Enrique Alavedra Farrando

AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA

SECCIÓN PRIMERA

ROLLO Nº 648/10

Procedente del procedimiento ordinario nº 1277/09

Juzgado de Primera Instancia nº 56 de Barcelona

SENTENCIA Nº 54

Barcelona, 13 de febrero de 2012

La Sección Primera de la Audiencia Provincial de Barcelona, formada por los Magistrados **DÑA. M^a DOLORS PORTELLA LLUCH, D. ANTONIO RECIO CORDOVA y D. ENRIC ALAVEDRA FARRANDO**, actuando la primera de ellos como Presidente del Tribunal , ha visto el recurso de apelación nº 648/2011 interpuesto contra la sentencia dictada el día 25-05-2010 el procedimiento ordinario nº 1277/2009, tramitado por el Juzgado de Primera Instancia nº 56 de Barcelona en el que es recurrente D^a. y apelada **OCASO, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS** y previa deliberación pronuncia en nombre de S.M. el Rey de España el siguiente

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La sentencia antes señalada, tras los correspondientes Fundamentos de Derecho, establece en su parte dispositiva lo siguiente: FALLO: Desestimo la demanda formulada por el Procurador de los Tribunales DON en nombre y representación de DOÑA contra OCASO, S.A., imponiendo a la actora las costas del juicio.".

SEGUNDO.- Las partes antes identificadas han expresado en sus respectivos escritos de apelación y, en su caso, de contestación, las peticiones a las que se concreta su impugnación y los argumentos en los que las fundamentan, que se encuentran unidos a los autos.

Fundamenta la decisión del Tribunal el Ilmo. Sr. Magistrado Ponente **D. ENRIC ALAVEDRA FARRANDO**

0FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

.- La parte actora, D^a deduce recurso de apelación frente a la sentencia que desestima la demanda deducida contra la aseguradora Ocaso, en reclamación de 60.000 euros por seguro de accidentes en póliza contratada entre las partes; alegando básicamente error en la valoración de la prueba en relación al cuestionario de salud, al ser diagnosticada su enfermedad con posterioridad al mismo, no faltando a la verdad en sus respuestas al mismo en las preguntas que la Juez a quo determina que si faltó a la verdad. Y, subsidiariamente solicita la no imposición de costas de la instancia.

SEGUNDO

El [artículo 10 LCS](#) impone al tomador del seguro el deber de declarar a la aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. El incumplimiento de este deber faculta al asegurador para rescindir el contrato. Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga uso de esta facultad, la LCS prevé la reducción proporcional de la prestación. Pero si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

En primer término debemos decir que la exoneración del pago al amparo del artículo 10 inciso final del párrafo tercero de la Ley de Contrato de Seguro sólo tiene lugar en los casos de dolo o culpa grave del tomador en el cumplimiento de ese deber de declaración, dolo o culpa grave que supone reticencia en la exposición de las

circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubieran influido decisivamente en la voluntad de celebrar el contrato (STS 31 mayo 1997). Y 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 (STS 4 enero 2008).

En el presente caso, debemos tener en consideración que las enfermedades que han dado lugar a la resolución del INSS de incapacidad permanente en grado absoluta son: "síndrome de fatiga crónica grado III/IV con manifestaciones fibromiálgicas de características moderada-severa y síndrome de sensibilidad química múltiple grado III sobre IV con limitación funcional".

Sobre la fatiga crónica con manifestaciones fibromiálgicas, como se dijo en la sentencia de esta Sección de fecha 23/02/2009 : "La conclusión contenida en la sentencia de que las pruebas y padecimientos de la actora indicaban la posible existencia de la enfermedad finalmente diagnosticada no es compartida por este tribunal, porque se trataron, como hemos indicado, de episodios puntuales que no permitían relacionarlos entre sí ni con la fibromiálgia o síndrome de fatiga crónica, como así lo evidencia el que los profesionales médicos, además de no diagnosticarla, ni tan siquiera apuntaran su posible existencia.

En este punto , el perito de la demandante, que presta sus servicios en un centro especializado de reumatología que dispone de una unidad de fibromiálgia y síndrome de fatiga crónica, manifestó claramente que los antecedentes de la actora que obran en la historia clínica no fueron los desencadenantes o detonantes de la fibromiálgia o el síndrome de fatiga crónica, indicando al respecto que "la causa de la fibromiálgia es desconocida, no sabemos por qué hoy en día estos pacientes presentan esta susceptibilidad exagerada al dolor, no hay ninguna causa que hoy en día se haya podido clasificar".

Igualmente este perito, a la pregunta de si esos antecedentes podían ser los primeros indicativos de esta enfermedad, contestó que "No, porque la enfermedad se diagnostica precisamente en base al incremento de la percepción dolorosa, es decir, el único criterio que existe para la clasificación clínica es el incremento de la percepción dolorosa, primero, referida por el paciente, y, segundo, explorada por un médico experto a través de una fuerza específica en unos puntos, y que el paciente previamente tuviera cefaleas, alteraciones del sueño, lo que sea, puede no concluir en absoluto en una fibromiálgia.", exponiendo también que esos antecedentes no sirven para fijar el diagnóstico de fibromiálgia.

Por todo ello , procede concluir que la actora no falseó su declaración ni omitió consciente y voluntariamente datos relevantes, no concurriendo en este caso dolo ni culpa grave por su parte, motivo por el cual, al estar el riesgo acaecido en agosto de 2.004 dentro de la cobertura de la póliza, la demandada debe cumplir con las obligaciones contractualmente asumidas.."

Y, también debemos de mencionar la sentencia de la Sección 14ª de esta Audiencia Provincial de 3 de diciembre de 2009 , parte igualmente de la fecha del diagnostico a los efectos del cuestionario, sin que los síntomas de cansancio u otros puedan determinar la falta de veracidad en el cuestionario, así dice: "Además, a pesar de referir la propia actora la depresión, cansancio, etc., no le fue diagnosticada enfermedad alguna hasta el año 2002, fecha posterior a la formalización de la póliza. La enfermedad grave e invalidante de fibromialgia no se diagnostica hasta el año 2004, siendo declarada la invalidez una año después."

TERCERO

Sentado lo que antecede en el presente caso, la póliza de seguro de vida individual Ocaso Multivida se formalizó en fecha 20 de marzo de 2006 por capital de 60.000 euros tanto en caso de fallecimiento como de incapacidad absoluta y permanente.

En el presente caso, como hemos dicho anteriormente la resolución del INSS de incapacidad permanente en grado absoluta (25-11-2008) es por las siguientes enfermedades: "síndrome de fatiga crónica grado III/IV con manifestaciones fibromiálgicas de características moderada-severa y síndrome de sensibilidad química múltiple grado III sobre IV con limitación funcional".

Se diagnostica el síndrome de fatiga crónica grado III/IV con manifestaciones fibromiálgicas de características moderada-severa por el Hospital Clínic en fecha 23 de noviembre de 2006 (doc. 8); y el síndrome de sensibilidad química se diagnostica por el mismo Hospital en fecha posterior, en informe de 24 de mayo de 2007 (doc. 6 d).

Por lo que si partimos que la póliza se firmó en fecha 20 de marzo de 2006, resulta que los diagnósticos de las enfermedades que han dado lugar a la incapacidad permanente en grado absoluta son de fecha posterior, en noviembre del mismo año 2006 y mayo de 2007; por lo que la actora no podía en el cuestionario advertir de la existencia de dichas enfermedades, pues no puede exigirse al asegurado que haga una previsión de diagnostico de enfermedades, cuando ello requiere el diagnóstico de profesionales en medicina, y en mayor medida y certeza en unidades especializadas, como ocurre en el caso que nos ocupa, en las unidades especializadas de fatiga crónica (en dicho síndrome) y en la de toxicología (en el síndrome de sensibilidad

química) del Hospital Clínic.

Por lo que, debiendo tener en cuenta que los síntomas como cefalea, irritabilidad, fatiga, mal estado general que llevaba años padeciendo, pueden venir dadas por muchas circunstancias, a falta de diagnóstico definitivo, y relata que se le imputaba al postparto, etc. Constando los datos relativos al historial de la actora en el Clínic, informes y pruebas complementarias desde el año 2005 -anterior a la póliza-, no produciéndose los diagnósticos de las enfermedades que nos ocupan hasta fecha posterior a la póliza.

Pudiendo citar aquí al perito de la aseguradora que dice en su informe: "Es lógico que la lesionada por sus conocimientos, no puede llegar al diagnóstico exacto de la enfermedad", lo que resulta obvio, pues no puede exigirse conocimientos médicos especializados al asegurado, ni diagnósticos al azar en razón de sus síntomas, al tiempo completar el cuestionario. Todo lo cual conduce a la buena fe de la actora en su proceder al rellenar el cuestionario.

La Juez a quo desestima la demanda por razón de dos preguntas, en que considera contestó de forma no veraz, y que las mismas determinan los efectos del [art. 10 LCS](#) en caso de declaración inexacta. Siendo dos las preguntas que llevan a dicha conclusión por la Juzgadora, pasemos al examen de las mismas, en el error que refiere la recurrente.

La primera de ellas se refiere a la relativa a si padece algún trastorno psicológico que considera la Juez a quo debió ser afirmativa, "a la vista de que padecía un trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos". Para ello acude al informe clínico de otro centro médico, que es realizado en fecha 7 de octubre de 2008, y en dicha fecha realiza la "Orientación diagnóstica: Trastorno adaptativo con síntomas ansioso-depresivos.", por lo que se trata de un diagnóstico dos años posterior a la póliza, y a mayor abundamiento no es recogido por el INSS a los efectos de la incapacidad permanente en grado absoluta. Informe que por otro lado es confuso en las fechas y diagnósticos de la actora, lo que puede entenderse dado que se trata de otro centro médico de la que trata a la actora por las enfermedades de autos

Y, la segunda pregunta que considera la Juez a quo respondió de forma no veraz, es la de si había padecido alguna enfermedad por la que hubiera interrumpido su trabajo más de quince días. La Juez a quo para concluir la inexactitud de la respuesta se acoge a un informe médico en que dice que la evolución clínica de su estado de salud ha comportado a reducir su jornada laboral, con fases de baja prolongada. Pero dicho informe relata de forma genérica y sin fechas ciertas ello, pues ni constan informes médicos de baja laboral ni en el informe de vida laboral aportado consta

tampoco prestaciones por incapacidad temporal, es decir, no viene documentado bajas de más de quince días -ni otras-, y por ello, no procede que ante la prueba existente podamos dar por no veraz dicha respuesta, por una consideración que pueda hacer un médico de forma general.

Por lo que, debe entenderse que respondió de forma veraz a sendas preguntas, y constando que el diagnóstico de sendas enfermedades es de fecha posterior a la póliza, debe proceder estimar la demanda deducida, y condenar a la demandada al pago de la cantidad de 60.000 euros más los intereses del art. 20LCS desde la fecha 6 de febrero de 2009, al beneficiario del mismo, Caixa de Catalunya, para la amortización parcial del crédito hipotecario suscrito por la actora con dicha entidad, y con entrega del sobrante, si lo hubiere, a la actora. No constando causa alguna que exonere del pago de intereses, pues las fechas de diagnóstico de las enfermedades eran claras, y la cuantía estaba predeterminada.

CUARTO

En relación a las costas de la instancia, procede la condena de las mismas a la parte demandada al ser estimada la demanda ([art.394 LEC](#)).

Y, sin imposición de las costas causadas por el recurso de apelación al ser estimado (art. 398.2 de la L.E.C .).

Vistos los preceptos citados y demás aplicables.

F A L L O

ESTIMAR el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de DOÑA, contra la Sentencia dictada el día 25-05-2010 por el Juzgado de Primera Instancia nº 56 de Barcelona , que debemos revocar y revocamos la misma, y, en consecuencia, ESTIMAR la demanda deducida por DOÑA frente OCASO, S.A., y condenar a ésta a abonar la cantidad de 60.000 euros más los intereses del art. 20 [LCS](#) desde la fecha 6 de febrero de 2009, al beneficiario del mismo, Caixa de Catalunya, para la amortización parcial del crédito hipotecario suscrito por la actora con dicha entidad, y con entrega del sobrante, si lo hubiere, a la actora, con imposición de las costas de la instancia a la aseguradora demandada. Y, sin especial imposición de costas en esta alzada a ninguna de las partes.

Procédase a la devolución del depósito consignado al apelante.

La presente sentencia es susceptible de recurso de casación si concurren los requisitos legales (art. 469 - 477 - [disposición final 16 LEC](#), que se interpondrá ante este Tribunal en un plazo de veinte días a contar desde la notificación de la presente.

Firme esta resolución, devuélvanse los autos al Juzgado de su procedencia, con certificación de la misma.

Pronuncian y firman esta sentencia los indicados Magistrados integrantes de este Tribunal.