

Audiencia Provincial

AP de Cádiz (Sección 2ª) Sentencia num. 218/2010 de 22 junio

SEGURO: DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: incumplimiento: improcedencia: defectos en la formalización del cuestionario: falta de acreditación de mala fe del actor y de que el actor fuera verdaderamente renuente al ser interrogado, siempre genéricamente, sobre su estado de salud: episodios de litiasis renal previamente padecidos resueltos: actor no inexacto en la declaración de su situación médica: incapacidad permanente absoluta declarada por una enfermedad completamente ajena a las que han sido objeto de debate y que debuta tres años después de la firma del contrato.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 160/2010

Ponente:Ilmo. Sr. D. Antonio Marín Fernández

La Audiencia Provincial de Cádiz **declara no haber lugar** al recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha 30-12-2009 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de Rota.

AUDIENCIA PROVINCIAL DE CADIZ

SECCION SEGUNDA

SENTENCIA Nº 218

Ilustrísimos Señores:

PRESIDENTE

José Carlos Ruiz de Velasco Linares

MAGISTRADOS

Margarita Alvarez Ossorio Benítez

Antonio Marín Fernández

JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 1 DE ROTA

JUICIO ORDINARIO Nº 60/2009

ROLLO DE SALA Nº 160/2010

En Cádiz a 22 de junio de 2010.

La Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Cádiz, integrada por los Ilmos. Srs. reseñados al margen, ha visto el Rollo de apelación de la referencia, formado para ver y fallar la formulada contra la sentencia dictada por el citado Juzgado de Primera Instancia y en el Juicio Ordinario que se ha dicho.

Ha comparecido en calidad de apelante la entidad UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., representada por el Pdor., quien lo hizo bajo la dirección jurídica del Letrado Sr..

Ha comparecido en calidad de apelado, representado por la Pdora., quien lo hizo bajo la dirección jurídica del Letrado Sr.

Ha sido Ponente el Magistrado Sr. Antonio Marín Fernández, conforme al turno establecido.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Formulado recurso de apelación ante el Juzgado de 1ª Instancia nº 1 de los de Rota por la parte antes citada contra la sentencia dictada el día 30/diciembre/2009 por el meritado Juzgado en el procedimiento civil nº, se sustanció el mismo ante el referido Juzgado. La parte apelante formalizó su recurso en los términos previsto en Ley de Enjuiciamiento Civil y la apelada, por su parte, se opuso instando la confirmación de la resolución recurrida, remitiéndose seguidamente los autos a esta Audiencia para la resolución de la apelación.

SEGUNDO.- Una vez recibidas las actuaciones en la Audiencia Provincial, se turnaron a esta Sección, acordándose la formación del oportuno Rollo para conocer del recurso y la designación de Ponente. A instancias de la parte apelante se ha celebrado en el día de la fecha la vista del recurso con la asistencia de las representaciones letradas de cada una de las partes, quienes han informado lo pertinente en defensa de sus respectivas posiciones. Reunida la Sala al efecto quedó votada la sentencia acordándose el Fallo que se expresará.

FUNDAMENTOS JURIDICOS.

PRIMERO

Planteamiento y toma de posición. El recurso del apelante debe ser desestimado. Damos por reproducidos y hacemos nuestros los acertados razonamientos expuestos en la sentencia recurrida por la Juez a quo para desestimar la referida demanda. De hecho, el exhaustivo análisis del objeto litigioso y la más que adecuada motivación de dicha resolución, ya dio respuesta suficiente al derecho de la parte recurrente a la tutela judicial efectiva. Con todo, procuraremos ahora a su vez dar también cumplida respuesta a las alegaciones contenidas en el recurso en los términos que exigen los arts. 456.1 y 465.4 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Creemos con la Juez a quo que al Sr. Javier no se le sometió a un cuestionario de salud riguroso del que se pudieran derivar consecuencias negativas para él por su renuencia al manifestar la realidad de su estado de salud. En todo caso, a nuestro juicio, la cuestión esencial no es que el actor padeciera una enfermedad, sino que no se ha acreditado que la ocultara en relación al contenido y efectividad del referido cuestionario y que, en todo caso, tuviera influencia en el resultado lesivo final. Como se verá, del análisis de la jurisprudencia de los últimos años se sigue que el Tribunal Supremo reserva la sanción de no obligación del pago de la prestación concertada, es decir de la exoneración de la aseguradora de su deber de abono de la indemnización, para aquellos supuestos en que realmente pueda hablarse de auténtico engaño, de una omisión dolosa o tan gravemente culpable que reviste formas groseras, no siendo en absoluto éste el caso.

SEGUNDO

Tesis jurisprudenciales acerca de las consecuencias de las reticencias o inexactitudes contenidas en los cuestionarios de salud incorporados a los seguros de personas. Como es bien sabido, en una primera aproximación al problema, la sentencia del Tribunal Supremo de 4/enero/2008 recuerda que "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, según el inciso añadido al artículo 10.3 LCS por el artículo 3 de la Ley 21/1990, de 19 de noviembre Estos preceptos son aplicables a los seguros de vida en virtud de lo previsto en el art. 89 LCS , el cual limita a un año, si no existe dolo, la posibilidad de impugnar el contrato".

En autos, como en otros similares de frecuente enjuiciamiento, conviene aclarar con la mayor precisión cuál sea el supuesto de hecho de la norma introducida en el art. 10, inciso 3º de la Ley del Contrato de Seguro y, sobre todo, determinar el alcance de su consecuencia jurídica. Para ello no estará de más acudir a los principios básicos que inspiran la institución. Y así, es claro que el contrato de seguro se basa en la lealtad contractual, es decir, la conducta del tomador y del asegurado han de adecuarse a las exigencias de la buena fe, lo que implica la obligada colaboración del asegurado en su deber de declaración de todas aquellas circunstancias personales que influyen en el riesgo a fin de vincular a la aseguradora al pago del capital asegurado. De aquí que la ocultación de datos decisivos, para establecer el riesgo, deba reputarse como falta a esa lealtad contractual.

En la normativa anterior a la vigente Ley de Contrato de Seguro, el art. 381 del Código Comercio, hoy derogado, imponía la nulidad contractual cuando el asegurado no cumplía con la obligación de manifestar los hechos o circunstancias que influían en el riesgo cubierto. El régimen legal es sensiblemente diferente en la actualidad, por cuanto, junto al deber de veracidad del tomador, coexiste el de la aseguradora de someterle a un cuestionario de forma que su omisión hace recaer todas las consecuencias negativas sobre la aseguradora, pues el deber del tomador del seguro ha de conjugarse con el deber de respuesta al cuestionario. Incluso la insuficiencia u oscuridad del cuestionario en alguno de sus extremos, también conducirán a que la aseguradora no pueda reprochar al asegurado una falta de lealtad contractual. Queremos con ello decir, como reiteradamente ha venido declarando el Tribunal Supremo, que el deber de información que compete al tomador del seguro ha sido concebido más que como un deber de declaración, como un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunta por el asegurador; aunque este deber de información se extiende a todas las circunstancias subjetivas u objetivas que, de ser conocidas por el asegurador, puedan influir decisivamente en su voluntad de celebrar el contrato. Más que un derecho de la aseguradora, se trata de una carga a ella impuesta para deducir la entidad del riesgo.

Pues bien, el tan citado art. 10 de la Ley del Contrato de Seguro establece, conforme se dejó constancia más arriba, la exoneración del pago de la prestación pactada por la reserva o inexactitud en la declaración del tomador del seguro, en cuanto a la aportación de aquellos datos del cuestionario, pero esa exoneración del pago sólo tiene lugar en los casos de culpa grave o dolo que supone reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador que puedan influir en la valoración del riesgo y que, de haberlos conocido el asegurador, hubieran influido decisivamente en la voluntad de celebrar el contrato, debiendo considerarse como dolo no solo la insidia directa o inductora sino también la reticencia dolosa del que

calla o no advierte debidamente

Ocurre que tal consecuencia, supuesta la reticencia o inexactitud, no se produce siempre y en todo caso. En la sentencia de esta misma Sección, de 10/diciembre/2008 explicábamos lo que sigue: "La postura de la aseguradora requeriría la existencia de dolo o culpa grave, de obligada prueba por parte del demandado, y de libre apreciación por los tribunales, para quedar exonerada de su obligación haciendo propias las primas abonadas. Por tanto, la declaración inexacta del tomador, o la omisión de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo sólo producirá la liberación del asegurador cuando aquella inexactitud u omisión se deba a dolo o culpa grave de dicho tomador (art. 10.3 LCS), lo que constituye un elemento cuya prueba corresponde a la aseguradora, teniendo siempre en cuenta que si en determinados casos tales circunstancias pueden ser deducidas y acreditadas a través de la prueba de presunciones, en otras se hace precisa una acreditación cumplida por parte del asegurador, pues deben cohonestarse el deber de veracidad del asegurado, con un cierto deber de diligencia, traducido bien en el reconocimiento médico del asegurado, o, lo que se ha exigido con mayor rigor, en la presentación a dicho asegurado de un cuestionario relativo a los antecedentes médico-sanitarios y a su actual estado de salud, de tal manera que sólo podrá considerarse que una declaración es falsa allí donde exista una auténtica discordancia entre lo declarado por el asegurado en ese formulario y la realidad".

Así pues el verdadero problema reside en determinar cuándo estamos ante una actuación dolosa o gravemente culposa del asegurado. Nótese que de no concurrir tales circunstancias, la reticencia o inexactitud al momento de facilitar la debida información personal a la aseguradora, se resuelve con una disminución proporcional de la indemnización en relación con la diferencia de prima que se hubiera aplicado de haberse dado la información requerida, tal y como expresamente regula el tan citado precepto de la Ley del Contrato de Seguro: "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". Todo ello lo explica bien la sentencia del Tribunal Supremo 29/abril/2008 a cuyo tenor: "La precisión de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se ha debido a culpa grave no es tarea fácil, en que la línea divisoria entre la culpa leve y la grave es sutil. Sólo a la vista de cada caso concreto podrá determinarse si nos encontramos ante un supuesto de culpa grave o no. Todo ello es de libre apreciación del Tribunal sentenciador en cuanto, siendo conceptos jurídicos, han de resultar de lo actuado como hechos,

conductas y circunstancias que el órgano judicial interpreta y valora, para decretar su concurrencia. (Sentencias del Tribunal Supremo de 12 de agosto de 1993 y 24 de junio de 1999 " .

En tal sentido, no resulta difícil caracterizar el dolo en éste ámbito. Actúa de mala fe quien emplea dolo para el logro de la prestación del consentimiento del otro contratante, esto es, quien al cumplimentar el cuestionario presentado por el asegurador, oculta, inventa o deforma datos con el fin de transmitir una apariencia de mínimo riesgo y conseguir la conclusión del contrato y/o unas primas de seguro muy inferiores a la cobertura del riesgo real que asume el asegurador. A tenor de lo dispuesto en el art. 1269 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", siendo así que se requiere, por un lado, el elemento subjetivo, que consiste en el ánimo de engaño por parte de uno de los contratantes, su mala fe, y de otro el elemento objetivo, cifrado en el uso de esas palabras o maquinaciones insidiosas que, poniendo de manifiesto dicho ánimo de engaño, inducen al otro contratante a celebrar el contrato. Tal concepción del dolo, le permite abarcar no sólo el engaño directo, sino también toda actitud pasiva o de silencio que tenga como finalidad producir en el otro el engaño y, con ello, la celebración del contrato. Es por todo ello que las declaraciones de salud incompletas o inexactas deben tener la consideración de dolosas civilmente de acuerdo con la doctrina jurisprudencial recogida, entre otras, en la citada sentencia del Tribunal Supremo de 31/diciembre/98, que precisa que el concepto de dolo que da el art. 1269 del Código no sólo comprenda la insidia directa e inductora sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte deliberadamente, siendo esta forma o modalidad del dolo a la que se refiere el inciso final del párrafo 3 del art. 10, como resalta la sentencia del Tribunal Supremo de 12/julio/93 al decir que "el dolo que se aprecia es, evidentemente, de naturaleza negativa, en cuanto supone reticencia en la 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 del Código Civil " .

Fuera del caso del dolo directo en cualquiera de sus vertientes positiva o negativa, a través de las cuales se busca de propósito defraudar a la aseguradora, la presencia de culpa grave presenta mayores dificultades. En todo caso, y a diferencia de lo que ocurre con el tratamiento del dolo con carácter general, la distinción entre sus diferentes modalidades no es útil en éste ámbito. Así, en el ámbito del Código Civil se distingue entre el dolo grave o dolo, esto es, el que en efecto induce al otro a contratar o a contratar de un modo que, de no haber mediado, no lo hubiera hecho y el dolo

incidental, es decir, aquel que no habiendo sido determinante de la celebración del contrato, sin embargo denota una mala fe por parte de uno de los contratantes. En aquél régimen, el primero de ellos, el dolo grave, produce la nulidad del contrato salvo que haya sido empleado por ambos contratantes, mientras que dolo incidental no provoca tal nulidad, sino tan sólo la obligación de indemnizar los daños que, como consecuencia de él, se hayan causado (art. 1270 Código Civil), mientras que aquí su presencia siempre tendrá efectos invalidantes del consentimiento contractual. De todo ello se sigue que el espacio propio de la culpa grave es meramente residual y sirve, a nuestro juicio, para dotar de una cierta fuerza expansiva a los efectos propios del dolo.

TERCERO

Aplicación al supuesto litigioso: análisis de las circunstancias que rodearon la firma del cuestionario de salud. Sobre tales bases habremos de analizar el supuesto litigioso.

1. Como ya anunciamos, hemos de centrar nuestra atención en primer lugar en las circunstancias que rodearon la firma del cuestionario de salud. Que éste efectivamente se firmó es algo que está fuera de toda duda, como lo demuestra la aportación con la contestación a la demanda de un ejemplar suscrito, que no manuscrito, por el Sr. La aparente claridad que de ello se derivaría no es tal desde el punto y hora que el actor presentó con su demanda otro ejemplar (que se corresponde con la numeración del anterior, "1CVGC3VP63CX" y es, según consta al pie del mismo copia para el "cliente") en blanco que sugiere la presencia de alguna irregularidad en su formación.

La impresión se confirma cuando comprobamos que, a tenor de la declaración del Director de la Sucursal de la entidad bancaria donde se tramita el seguro, tal resultado no es acorde con el protocolo usual de cumplimentación del modelo en cuestión. Si es cierto que el empleado de la sucursal, quien actúa a modo de agente delegado de la aseguradora, formula las preguntas del cuestionario y va insertando las respuestas en el programa informático, no se entiende cómo de éste se extrae una copia en blanco. El hecho denota claramente que no se interrogó con la exhaustividad requerida al tomador del seguro y que en algún momento posterior se rellana a mano -nunca por el Sr. Javier - el correspondiente formato. Al parecer eso lo hace una empleada de la oficina bancaria ya fuera del despacho del referido Director.

A su vez la firma del tomador no garantiza que efectivamente las respuestas que figuran en el cuestionario fueran las dadas por aquél, si tenemos en cuenta que al cliente usualmente se le ponen a la firma diversa, y abundante, documentación al

momento de formalizar un contrato de préstamo y el añadido contrato de seguro. La anterior afirmación no es gratuita ni irrazonable. Se ha mantenido, no sin razón, que no es necesario en todo caso que el tomador rellene de su puño y letra el cuestionario de salud si lo autoriza con su firma, asumiendo así su contenido y convirtiéndose en autor intelectual del documento. Tal posición debe mantenerse con carácter general, pero cuando, como en el caso, surge una duda más que fundada sobre la realidad de lo sucedido, parece evidente que deban extremarse las cautelas y entre ellas exigir que el documento que se pretende oponer al actor aparezca redactado por él mismo.

Todo ello no significa que el tan citado cuestionario no se realizara, lo que ocurre es que cuanto se ha dicho apunta a que no se realizó en la manera que a través de él se pretende documentar. Es seguro, porque así lo admiten tanto el actor como su esposa al declarar como testigo, que al Sr. se le preguntó por su estado de salud pero, a tenor de lo expuesto, hubo de hacerse en términos absolutamente vagos y genéricos, términos en los que aquél también respondió.

Quiere ello decir que estamos ante uno de los supuestos en la carga antes descrita de la aseguradora no es convenientemente cumplida, respecto de la cual el Tribunal Supremo tiene declarado que "el deber impuesto al tomador del seguro de contestar verazmente al cuestionario que se le someta, declarando todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, exige, a su vez, que por el asegurador se haya presentado a aquél el correspondiente cuestionario; declarado por la sentencia recurrida que la agente de la aseguradora recurrente fue quien rellenó el cuestionario que el tomador del seguro se limitó a firmar, ello equivale a una falta de presentación del cuestionario cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado" (así, por ejemplo, sentencia de 31/mayo/97

2. Pero es que, además, y en segundo lugar, la mala fe del Sr. brilla justamente por su ausencia. No es imaginable en el iter contractual que muestra la prueba practicada que el actor acudiera a la entidad bancaria con el propósito directo o indirecto de defraudar a la aseguradora demandada. Y ello porque su propósito no era concertar un seguro, sino un préstamo personal. No ya, que también, porque ya tuviera suscrito otro seguro de vida en la misma entidad, sino porque el ofrecimiento del contrato de seguro parte del mismo responsable de la entidad bancaria como producto adicional a contratar por el cliente. Ignoramos si era o no condición inexcusable la aceptación del seguro para el otorgamiento del préstamo, pero es seguro, porque así lo admitió el referido Director de la Sucursal, que en todos los préstamos se planteaba la suscripción de un seguro de amortización. Sí son, por tanto, relevantes circunstancias tales como el motivo por el que acude el actor a la sucursal bancaria y que el seguro le fuera ofertado por el responsable de aquella para calibrar su eventual mala fe, que es

obvio que no era previa e intencionada y que en todo caso habría surgido circunstancialmente al momento de serle ofrecido el contrato litigioso.

En realidad todo lo sucedido se explica bien desde la perspectiva de la práctica bancaria habitual, explicada en la sentencia del Tribunal Supremo de 2/abril/2001 en los siguientes términos: "se aprecia en las compañías aseguradora y tomadora, perteneciente ambas a un mismo grupo empresarial, descuido patente a simple vista en el boletín de adhesión que ha centrado el debate y único documento firmado por el asegurado (...). Propiciada tal vez esa defectuosa práctica por el afán de incorporar el mayor número posible de asegurados al grupo ("vender seguros", en la jerga del sector) para incrementar el volumen de negocio de las compañías aseguradora y tomadora o contratante, cuyo interés en estos casos es absolutamente coincidente haciendo que los factores puramente técnico-económicos predominen exageradamente sobre los factores sociales que también haya que buscar en el origen de estos seguros colectivos, el sistema ofrece pocas garantías de que efectivamente las declaraciones de salud que en el boletín controvertido se atribúan al asegurado fueran efectivamente hechas por él".

3. El análisis de lo sucedido quedaría incompleto si no fijáramos también nuestra atención sobre el verdadero estado de salud del Sr. Vaya por delante que los defectos apreciados en la formalización del cuestionario y la imposibilidad de construir un comportamiento doloso en la conducta del actor son ya circunstancias que hacen imposible la exoneración de la aseguradora. Pero resulta, además, que no queda acreditado que el actor fuera verdaderamente renuente al ser interrogado, siempre genéricamente, sobre su estado de salud. Manifestó, como así era, que tenía "azúcar y colesterol" y ello era congruente con lo que se le preguntaba y acomodado a su subjetiva percepción de su estado de salud. No olvidemos que continuaba trabajando con normalidad y que en fecha cercana a la de suscripción de la póliza, julio de 2004, había pasado un reconocimiento médico-laboral con el resultado de resultar apto (rectius, sano) para su trabajo. En supuesto análogo al de autos, el Tribunal Supremo en sentencia de 4/enero/2008 desarrolla esta idea: "El canon de claridad y precisión del cuestionario impone, en efecto, en el caso enjuiciado una escasa exigencia al tomador del seguro, pues el cuestionario aludía de manera indeterminada a 'problemas' de estómago y otros órganos, sin precisar si se refería a simples molestias, trastornos o patologías específicas. En relación con la finalidad del contrato encaminado a cubrir el riesgo de fallecimiento por parte del paciente la aplicación del canon de la buena fe conduce a estimar razonable que éste omitiese la declaración de unas molestias que se resolvieron médicamente mediante un diagnóstico que descartaba cualquier tipo de patología relevante o maligna, dado que no se ha acreditado que las molestias se reprodujesen o agravasen con anterioridad

al momento en que se rellenó el cuestionario de salud que le fue exigido por la aseguradora".

Queremos con ello decir que los episodios de litiasis renal previamente padecidos habían quedado resueltos, como es de ver en la extensa historia clínica recabada del Hospital Clínico de Puerto Real, de forma que el hecho de acudir a sucesivas revisiones al Servicio de Nefrología de dicho centro sanitario no significaba que padeciera en el momento enfermedad renal alguna. Es eso lo que se sigue de los sucesivos informes que obran en la historia desde el día 7/diciembre/99 (folio 244) cuando ya sufría ocasionalmente cólicos nefríticos hasta el más próximo en el tiempo a la suscripción de la póliza de 13/diciembre/2004 (folio 203). En él se refiere de enfermedades que parece sí fueron declaradas por el actor tales como la diabetes y la dislipemia (esto es, niveles altos de colesterol) para lo que tomaba el correspondiente tratamiento farmacológico, al tiempo que aparecen padecimientos anteriores como la citada litiasis renal. Respecto de la tensión arterial no parece que el actor la viviera como una enfermedad ya que, sobre la base de no presentar cifras elevadas, ni tan siquiera era regular en el consumo del fármaco correspondiente, como es de ver en el citado informe. La microalbuminuria es solo un síntoma de afectación renal derivadas de la diabetes y la hipertensión y mera marcadora de una enfermedad renal incipiente, que todavía no tiene porqué estar presente.

Así las cosas, no podemos considerara que el actor fuera verdaderamente renuente o inexacto en la declaración de su situación médica. Llama en tal sentido la atención que en algún momento -así al contestar al tomador en carta de 21/octubre/2008- la aseguradora haya rechazado su responsabilidad por padecimientos inexistentes al momento de formalizar el cuestionario de salud. Tal es el caso del accidente cerebrovascular: el ictus lo sufre el acto en el año 2006, es decir, un año después de la firma de la póliza, y cursa sin secuelas como refleja el informe médico de síntesis del INSS (folio 159).

Por último es importante destacar que la citada institución pública declara la incapacidad permanente absoluta en Resolución de 11/septiembre/2008 por una enfermedad completamente ajena a las que han sido objeto de debate y que debuta en enero de 2008, es decir, tres años después de la firma del contrato, cuando el día 28 ingresa el actor en los Servicios de Urgencias con un cuadro de hematuria, sintomático del carcinoma de vejiga que es la enfermedad que finalmente ha determinado su invalidez. En tal sentido no es cierto y ninguna prueba se ha practicado en tal sentido, que los anteriores padecimientos estuvieran conectados causalmente con el carcinoma de vejiga, que determinó su extirpación a través de una cistoprostatectomía radical.

La conclusión de nuevo apunta a la incriminación de la aseguradora dado que los padecimientos eventualmente ocultados carecen de influencia en el resultado lesivo final determinante del acaecimiento del riesgo pactado.

CUARTO

Costas. En el caso de dictarse fallo confirmatorio de la resolución apelada, se impondrán las costas al apelante según dispone el art. 398.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sin que la Sala observe dudas de hecho o de derecho que, conforme a lo dispuesto en los arts. 398.1 y 394.1 de la Ley procesal, justifiquen la adopción de otra decisión.

VISTOS los preceptos legales citados y los demás de general y pertinente aplicación, y en razón a lo expuesto,

F A L L A M O S

PRIMERO

Que desestimando el recurso de apelación sostenido en esta instancia por UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. contra la sentencia de fecha 30/diciembre/2009 dictada por el Juzgado de 1ª Instancia nº 1 de Rota en la causa ya citada, confirmamos la misma en su integridad.

SEGUNDO

Condenamos a la entidad apelante al pago de las costas procesales causadas en esta alzada.

TERCERO

Se declara la pérdida del depósito constituido para recurrir y procédase a dar al mismo el destino previsto en la Disposición Adicional 15ª de la Ley Orgánica del Poder Judicial .

Así por esta nuestra Sentencia, de la que se llevará testimonio literal al Rollo de Sala, y se notificará a las partes con expresión de los recursos que contra la misma puedan haber, juzgando en esta segunda instancia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.