

# Audiencia Provincial

## AP de Girona (Sección 1ª) Sentencia num. 252/2015 de 6 noviembre

**SEGURO:** SEGURO DE PERSONAS: SEGURO SOBRE LA VIDA: INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO: ESTIMACION: inexistencia de incumplimiento del deber de declaración del riesgo: ausencia de dolo o mala fe: falta de prueba que fuera debidamente sometida al cuestionario: cuestionario poco detallado, no siendo un formulario debidamente rellenado por el tomador del seguro del puño y letra del tomador.

**Jurisdicción:**Civil

/

**Ponente:**Ilmo. Sr. D. Fernando Ferrero Hidalgo

La Sección 1ª de la AP de Gerona declara haber lugar al recurso de apelación frente a la Sentencia de instancia.

**AUDIENCIA PROVINCIAL**

**SECCION PRIMERA**

**GIRONA**

**APELACION CIVIL.**

**Rollo nº: 486/2015**

Autos: procedimiento ordinario nº: 53/2013

Juzgado Primera Instancia 6 Figueres

**SENTENCIA Nº 252/15**

Ilmos. Sres.:

## **PRESIDENTE**

Don Fernando Ferrero Hidalgo

## **MAGISTRADOS**

Don Carles Cruz Moratones

Doña Núria Lefort Ruiz de Aguiar

En Girona, seis de noviembre de dos mil quince

**VISTO** , ante esta Sala el Rollo de apelación nº 486/2015, en el que ha sido parte apelante D. representada esta por el Procurador D. y dirigida por el Letrado D.; y como parte apelada BBVASEGUROS S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por el Procurador D. y dirigida por el Letrado D.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el Juzgado Primera Instancia 6 Figueres, en los autos nº 53/2013, seguidos a instancias de D. representado por el Procurador D. Illa Romans y bajo la dirección del Letrado D. contra BBVASEGUROS S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, representado por el Procurador D. bajo la dirección del Letrado D. se dictó sentencia cuya parte dispositiva, literalmente copiada dice así: "*FALLO: SE DESESTIMA la demanda interpuesta por el Procurador de los Tribunales D. en nombre y representación acreditada de D. contra BBVA S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS y SE ABSUELVE a la citada demandada de los pedimentos efectuados en su contra y con expresa imposición de costas a la parte actora* "

**SEGUNDO.-** La relacionada sentencia de fecha 21/05/2015 , se recurrió en apelación por la parte demandante, por cuyo motivo se elevaron los autos a esta Audiencia y se han seguido los demás trámites establecidos en la LEC.

**TERCERO.-** En la tramitación del presente recurso se han observado las prescripciones legales.

**VISTO** siendo Ponente el lltmo. Sr. Magistrado D. Fernando Ferrero Hidalgo.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **PRIMERO**

Se interpuso recurso de apelación por la parte demandante, D. contra la sentencia dictada por el Juzgado de 1ª Instancia nº 6 de Figueres de 21 de mayo del 2015 , en la que se desestimó la demanda interpuesta por dicha parte contra BBVASEGUROS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y en la que se reclamó la cantidad de

25.000,00 euros, en cumplimiento del contrato de seguro de vida suscrito por DÑA. el día 14 de junio del 2005, fallecida el día 5 de marzo del 2.008.

## SEGUNDO

La sentencia desestimó la demanda al considerar que ha quedado acreditada la falta de veracidad del tomador del seguro al declarar su estado de salud, pues las enfermedades que padecía y que le provocaron su muerte eran de su absoluto conocimiento.

Contra dicha decisión se alza el demandante por errónea valoración de la prueba insistiendo en que el seguro no fue suscrito a iniciativa de la asegurada, sino que estaba vinculado a un préstamo y que el cuestionario de salud no le fue sometido a su conocimiento de forma debida, pues si así hubiera sido se hubieran apercibido que a la Sra. Gabriela le faltaba un ojo y que en definitiva tal cuestionario no fue más que un mero trámite y, en consecuencia la aplicación indebida de los artículos 10 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro

Al respecto, debe decirse, ante todo, que el artículo 10 de la LCS establece como deber fundamental del tomador del seguro y antes de la conclusión del contrato, la 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. De dicho deber se desprende con nitidez el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe, de uberrimae bonae fidei. No cabe duda que siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores; éstos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que se decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurado. Ahora bien, a la vista de dicho precepto y a diferencia del anterior artículo 381 del Código de Comercio el límite a la declaración del riesgo se encuentra en la contestación exacta y veraz del cuestionario presentado por el asegurador, el cual también sirve para indicar al tomador del seguro las circunstancias que el asegurador considera relevantes para la valoración del riesgo. El deber de declaración, aun referido a las preguntas formuladas en el cuestionario, ha de afectar a circunstancias que puedan influir en la valoración por el asegurador del riesgo. Esto quiere decir, en primer término, que la falta de respuesta a alguna pregunta, que sea irrelevante a los efectos indicados, no afectará al deber que pesa sobre el tomador. En segundo término, esa valoración, si bien referida al asegurador, ha de efectuarse de una manera objetiva, en el sentido de que ha de tenerse en cuenta la valoración que

efectuaría un técnico del ramo, o, si se quiere, un asegurador prudente. Tal valoración del riesgo ha de ser trascendente a los efectos de conocer si puede influir en la decisión del asegurador de concluir o no el contrato o de hacerlo en condiciones económicas diferentes.

El deber de declaración se infringe cuando el riesgo que ha sido descrito y que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diverso del riesgo real. Esta infracción resulta de un hecho objetivo, cual es esa diferenciación entre la situación representada y la real. Para la apreciación de este hecho es necesario que la discordancia apuntada sea relevante, en el sentido de que las circunstancias en las que se ha basado la valoración del riesgo influyan tanto en las condiciones en que se contrató el seguro, como en la decisión del asegurador de aceptar el contrato. Para esa apreciación ha de tenerse en cuenta el conjunto de contestaciones ofrecidas por el tomador del seguro y no simplemente alguna de ellas, pues si con los datos e información que aquél aportó, un asegurador prudente, aplicando la técnica aseguradora normal, hubiera debido representarse un riesgo real, no cabe hablar de infracción o violación del deber de declaración del tomador.

Los párrafos segundo y tercero del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro , articulan los efectos del incumplimiento del deber de declaración, atendiendo a si medió o no dolo o culpa grave en la declaración del tomador del seguro. En primer lugar se establece la posibilidad de 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, lo cual puede haberse producido, tanto por ignorancia, como por culpa leve, grave o dolo. En segundo lugar, si el siniestro sobreviene antes de la declaración de rescisión, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo; este supuesto debe ser aplicado a los casos de ignorancia o culpa leve del tomador del seguro, pues para los casos de dolo o culpa grave la Ley establece la consecuencia de que el asegurador quedará liberado del pago de la prestación, sin que prevea la consecuencia de reducir la indemnización en la misma forma que para el supuesto anterior. Por otro lado, el artículo 89 establece la imposibilidad del asegurador de impugnar el contrato una vez transcurrido un año, salvo que se fije un plazo más breve, y salvo que el tomador haya actuado con dolo.

Por dolo debe entenderse la actuación del tomador del seguro encaminada a engañar al asegurador, aun cuando no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte y, también, aquellas declaraciones efectuadas por culpa grave, esto es, con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario. La precisión de sí un

determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien si se ha debido a culpa grave, no es tarea fácil, la 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.

Por otro lado, la jurisprudencia evoluciona constantemente en la interpretación de las normas sobre el seguro y, sobre todo, en un tema tan complejo como es la declaración del riesgo y las consecuencias en el cumplimiento cuando tal declaración es inexacta, pero si se examina detenidamente la jurisprudencia se aprecia más que una doctrina clara e indudable, una doctrina que pretende resolver el caso concreto en atención a unas pautas generales. Así, por un lado, se parte de la importancia que tiene el cuestionario de salud que presenta la aseguradora y las condiciones en que lo hace, observándose el distinto tratamiento a los seguros individuales de vida respecto de aquellos seguros colectivos o vinculados a contratos crediticios, en los que el seguro y el cuestionario de salud es un mero elemento accesorio al contrato principal. Y, por otro lado, en cuanto al grado de ocultación de las circunstancias sobre las que es preguntado, debe señalarse que puede ser más relevante el modo de vida del asegurado, que la existencia de una enfermedad o la intervención quirúrgica en un pasado. Por ello, cuando la jurisprudencia exige que una declaración inexacta del riesgo tenga relación con el siniestro, no quiere decir que éste se haya producido por la enfermedad ocultada, pues puede ser incluso que esta se desconozca, pero por el modo de vida pueda ser muy probable la aparición de enfermedades en corto plazo que produzca la ocurrencia del siniestro, y que de haberlo sabido el asegurador no hubiera contratado el seguro, piénsese en consumidores de droga, alcohol, tabaco o en la práctica de deportes de alto riesgo.

### TERCERO

La Sra. Gabriela contrató un seguro individual de vida el día 14 de junio del 2015 y ese mismo día firmó un cuestionario sobre su estado de salud. El demandante discute que el cuestionario de salud no le fue sometido debidamente y que no se le preguntó al respecto sobre su estado, a parte de que la oclusión del ojo que se le había realizado hacia aproximadamente un año, no podía ignorarse por parte de la aseguradora. Desde luego, a la vista del cuestionario y por lo explicado por los testigos no puede asegurarse que fuera debidamente sometida al cuestionario, aunque del dato del peso y talla hay que deducir que por lo menos ello fue preguntado.

Desde luego, siendo tan relevante el cuestionario de salud para valorar el riesgo, resulta sorprendente que no sea más detallado y que no sea un formulario debidamente relleno por el tomador del seguro de su puño y letra, en cuyo caso no

existirían las dudas que ahora se plantean. Por otro lado, la falta de detalle en el cuestionario hace dudar de las explicaciones de la Sra. pues resulta extraño que ante alguna respuesta afirmativa a alguna de las preguntas ya se paralice la contratación y se remita al organismo competente para su evaluación, pues no se comprende que evaluarán si no existe ningún apartado en el que se indique la enfermedad o el motivo de la baja laboral, por ejemplo. Existen múltiples enfermedades que pueden causar una baja laboral de más de quince días o incluso intervenciones quirúrgicas que ocasionen bajas superiores y sin embargo no serían relevantes para valorar el riesgo. Por ello, no se comprende que sin especificar el tipo de enfermedad o el tipo de baja o la intervención quirúrgica realizada, se paralice el seguro y se remita a un organismo de evaluación, que sin conocer tales datos decida sobre la contratación o no del seguro. Por ello, el dictamen pericial se desvanece en sus conclusiones cuando en el cuestionario no se le pregunta si ha tenido o no cáncer, la fecha del mismo y el tratamiento realizado. Compartiríamos el criterio del perito si se le hubiera preguntado si ha padecido cáncer y lo hubiera negado, pero lo cierto es que no se le pregunta, pues aunque hubiera contestado afirmativamente a las pregunta primera y segunda, la duda estaría en cual hubiera sido la actuación de la aseguradora, pues no sería lo mismo, una intervención quirúrgica por un cáncer que por una apendicitis o una rotura de menisco. Por ello, parece más un formulario de salud genérico y de mero trámite, lo cual se confirma por el propio formulario y su forma de cumplimentarlo, que un cuestionario de salud en el que el tomador de seguro de su puño y letra contesta a múltiples cuestiones relacionadas con su salud.

Por otro lado, no puede compartirse tampoco las manifestaciones de la testigo de que confían en que el tomador manifiesta de forma correcta y veraz a las preguntas que se le realiza, sin hacer valoraciones o apreciaciones, pues si la obligación del asegurador es someter al asegurado el cuestionario correspondiente, y con base a ello valorar el riesgo, lógico es que en lo que pueda ser apreciado no se le ponga de manifiesto que no está diciendo la verdad, pues si no se hace no existiría desde luego, ni el dolo ni la mala fe, pues en estos casos el empelado de la aseguradora también tiene la función de comprobar que la declaración del estado de salud es veraz en lo que pueda apreciar (peso, altura, etc) y desde luego si la tomadora del seguro y asegurada carecía de un ojo, lógico es preguntarle el motivo de ello para comprobar si está contestando correctamente a las preguntas que se le hacen.

Por otro lado, también debe valorarse que el seguro fue concertado vinculado a un contrato de préstamo, siendo habitual que en estos casos la iniciativa de concertar este seguro es de la propia entidad bancaria, y aunque ello no exime al tomador de ser veraz en la declaración de su salud, no deja de ser distinto a efectos de apreciar el dolo o la mala fe, aquellos casos en los que el tomador conociendo que ha tenido una

enfermedad grave y que puede volver a aparecer, en cuyo caso concierne el seguro para cubrir tal eventualidad, de aquellos otros en los que es la propia entidad bancaria, que a través de la aseguradora de su grupo y aumentar su cartera de clientes propone a éstos el concierto de seguros de vida para asegurar la devolución de las operaciones deudora que tengan en el banco, pudiendo en estos casos no existir dolo o mala fe, en su caso estaríamos ante culpa leve del tomador, que no anularía el seguro, sobre todo, cuando se trata de clientes conocidos por los empleados del banco y el sometimiento del cuestionario de salud se realiza en las condiciones antes analizadas, pudiendo ocurrir que si en ese momento el tomador y asegurado no padece ninguna enfermedad, aunque la haya padecido, no sea plenamente consciente de lo que debe declarar, si el cuestionario es impreciso y es rellenado por el propio empleado. Y así, es cierto que había sido intervenida quirúrgicamente por un melanoma en el ojo, pero cuando suscribió el seguro no estaba recibiendo ningún tratamiento y solamente controles médicos, por lo que podía pensar que estaba curada, aunque hubiera el riesgo de que se le reprodujera el tumor.

Por lo tanto, es procedente estimar el recurso y estimar la demanda, pues no ha quedado acreditado el dolo, ni la culpa grave asimilada al dolo, en los términos señalados.

#### CUARTO

Por todo lo dicho, procede estimar el recurso interpuesto y de acuerdo con el artículo 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil , no procede pronunciamiento sobre las costas de esta alzada.

**VISTOS** los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación.

FALLAMOS:

**ESTIMAMOS** el recurso de apelación formulado por la representación del apelante D. contra la resolución de fecha 21/05/2015, dictada por el Juzgado Primera Instancia 6 Figueres, en los autos de nº Procedimiento ordinario, de los que este Rollo dimana, y **debemos REVOCAR** la misma y **debemos estimar** la demanda interpuesta por D. contra BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS, condenándole a pagar al demandante la cantidad de 25.000,00 euros, más los intereses legales del artículo 20 de la LCS y a las costas de primera instancia.

No procede pronunciamiento sobre las costas de esta alzada.

Devuélvase el depósito constituido para recurrir.

De acuerdo con lo dispuesto en la disposición final decimosexta y transitoria tercera de la LEC 1/2000 , contra esta sentencia cabe recurso de casación ante el Tribunal Supremo si concurre la causa prevista en el apartado tercero del número 2 del artículo 477 y también podrá interponerse recurso extraordinario por infracción procesal previsto en los artículos 468 y siguientes ante el mismo Tribunal, si concurre alguno de los motivos previstos para esta clase de recurso y se interpone conjuntamente con el recurso de casación.

Líbrense testimonios de la presente resolución para su unión al Rollo de su razón y remisión al Juzgado de procedencia, junto con las actuaciones originales.

Así por esta nuestra sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

**PUBLICACIÓN.-** Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Ilmo. Sr. Magistrado - Ponente D. Fernando Ferrero Hidalgo, celebrando audiencia pública en el día de la fecha, de lo que certifico.