

# **Audiencia Provincial**

## **AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia num. 387/2014 de 29 julio**

**SEGURO:** SEGURO DE PERSONAS: SEGURO SOBRE LA VIDA: indemnización por incapacidad permanente en el grado de absoluta: estimación: inexistencia de incumplimiento del deber de declaración del riesgo: falta de prueba que el cuestionario de salud presentado fuera suscrito por la actora.

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 579/2013

**Ponente:**Ilma. Sra. Ana Mª Ninot Martínez

**AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA**

**º SECCIÓN DECIMOSÉPTIMA**

**ROLLO núm. 579/2013**

JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 6 RUBÍ

JUICIO VERBAL Nº 51/2013

**SENTENCIA núm. 387/2014**

Que dicta la Ilma. Sra. Doña Ana M. Ninot Martínez, Magistrada Juez de la Sección Decimoséptima de la Audiencia Provincial de Barcelona.

En la ciudad de Barcelona, a veintinueve de julio de dos mil catorce.

VISTOS, en grado de apelación, ante la Sección Decimoséptima de esta Audiencia Provincial, los presentes autos de Juicio verbal, número 51/2013 seguidos por el Juzgado Primera Instancia 6 Rubí, a instancia de quien se encontraba debidamente representada por Procurador y asistida de Letrado, actuaciones que se instaron contra UNNIM VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, 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 29 de mayo de 2013, 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:

**"DESESTIMAR TOTALMENTE LA DEMANDA** interpuesta por parte de María Esther frente a la entidad aseguradora UNIM VIDA SA DE SEGUROS Y REASEGUROS y en su virtud:

**ABSOLVER A** la entidad aseguradora UNIM VIDA SA DE SEGUROS Y REASEGUROS de todas las pretensiones formuladas por la parte actora.

**CONDENAR A** la parte actora al pago de las costas devengadas en el presente procedimiento. "

**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 resolver el recurso, lo cual tuvo lugar el pasado veinticinco de julio de dos mil catorce.

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

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

##### PRIMERO

El presente procedimiento se inició por demanda presentada por Dña. contra la entidad UNNIM VIDA SA DE SEGUROS Y REASEGUROS, en la que la parte actora reclama la cantidad de 3.278,18 €, más el interés previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro . Aduce la demandante que durante el segundo trimestre del año 2008 la entidad bancaria CAIXA TERRASSA (después UNNIM) le ofreció contratar una tarjeta de crédito VISA y un seguro de vida, que la Sra. aceptó, contratando en fecha 4 de junio de 2008 la póliza Assegurança Família Vida que entre otras garantías cubría la de muerte y la de invalidez absoluta y permanente (parcial/total) por enfermedad o accidente, con un capital asegurado en ambos casos de 3.090 €. En fecha 22 de noviembre de 2011, el Instituto Nacional de la Seguridad

Social reconoció a la Sra. la prestación por incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo tipo de trabajo. La demandante reclamó el pago a la compañía que se negó al abono de la indemnización.

A la pretensión deducida se opuso la compañía aseguradora demandada alegando la nulidad del contrato de seguro al amparo de lo previsto en el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro . Señala la demandada que la Sra. contestó al cuestionario de salud faltando a la verdad pues omitió haber sufrido enfermedades que, de haber sido conocidas por la compañía, ésta no habría contratado.

La sentencia del Juzgado de Primera Instancia desestima la demanda al considerar acreditado que la actora, al responder el cuestionario médico, había faltado a la verdad, hecho que libera a la compañía aseguradora del pago de la indemnización reclamada.

Frente a dicha resolución se alza la demandante Sra. que solicita la revocación de la sentencia porque ésta no ha tenido en cuenta la inasistencia a juicio de la parte demandada y porque el cuestionario de salud aportado por la compañía no cumple los requisitos de la Ley de Contrato de Seguro. La demandada, por su parte, se opone al recurso de apelación y solicita la íntegra confirmación de la sentencia.

## SEGUNDO

El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro dice 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".

Es importante señalar la Jurisprudencia más reciente que ha interpretado dicho artículo. Entre las sentencias más recientes, se pueden invocar las siguientes:

La Sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2008 señala que: *"El referido deber ha de entenderse limitado al cuestionario que el asegurador someta al presunto tomador ( Sentencias de 30 de enero de 2003 , y 14 de junio de 2006 ), y de ahí que no proceda imputar a éste la omisión de una cooperación no pedida ni, en todo caso, a la asegurada las consecuencias de las prisas en contratar "*.

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 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 )".*

La Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de mayo de 2011 : *"...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 ...".*

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.

### TERCERO

En el caso de autos, la compañía demandada ha aportado a las actuaciones el documento (folio 76) que contiene el cuestionario de salud en el que se hace constar que *"la formalització d'aquest apartat supedita l'aprovació o denegació de la cobertura de l'assegurança de vida sol·licitada"* . Las preguntas del cuestionario son las siguientes:

1. *Està de baixa per malaltia o accident, vostè?*

2. *Ha patit o pateix alguna malaltia relacionada amb trastorns psíquics o psicològics, malalties coronàries, cancerígenes, hipertensió, hepatitis, VIH? Ha tingut altres malalties que l'hagin obligat a interrompre la seva activitat laboral durant més de 15 dies en els darrers 5 anys?*

3. *Té una alteració física o funcional, ha patit un accident greu o ha estat intervingut quirúrgicament?*

El documento contiene en la parte final un párrafo del tenor literal *"Declaro que he contestat amb sinceritat i bona fe el qüestionari de salut"*.

La actora vuelve a insistir en su recurso que la firma obrante al pie de este cuestionario no es suya y añade que, aun admitiendo que lo fuera, el cuestionario no cumple los requisitos exigidos por la jurisprudencia porque se trata de una mera formalidad que sólo consta de tres preguntas muy generales.

Por lo que se refiere al tema de la firma, cabe hacer las consideraciones siguientes. Según es de ver en el acto de la vista, la parte actora desde un inicio negó haber rellenado ningún cuestionario y negó asimismo haberlo firmado. Cuando la compañía aportó el citado documento al acto del juicio, la demandante impugnó su autenticidad. En ese momento, la juez le indicó que tal impugnación no tenía ninguna virtualidad si no proponía la correspondiente prueba pericial. Dicha indicación no es acertada procesalmente. El [artículo 326](#) de la [Ley de Enjuiciamiento Civil](#) relativo a la fuerza probatoria de los documentos privados dispone que los documentos privados harán prueba plena en el proceso cuando su autenticidad no sea impugnada por la parte a quien perjudique y añade en su párrafo segundo que *"cuando se impugne la autenticidad de un documento privado, el que lo haya presentado podrá pedir el cotejo pericial de letras o proponer cualquier otro medio de prueba que resulte útil y pertinente al efecto"* .

Conforme a dicho precepto, pues, impugnado por la actora la autenticidad de la firma obrante al cuestionario aportado por la compañía, correspondía a ésta y no a la demandante proponer la prueba pericial caligráfica para el cotejo de las firmas. O como señala el precepto transcrito, cualquier otro medio de prueba útil y pertinente al efecto, prueba que no se ha verificado. La demandada no propuso el interrogatorio de la asegurada, a quien se le podría haber preguntado sobre si rellenó el cuestionario o lo firmó. Y además tampoco compareció al acto del juicio el director de la oficina que intervino personalmente en la contratación del seguro. Por diligencia de ordenación de 16 de abril de 2013 se acordó la citación del mencionado director a través del procurador de la parte demandada sin que ésta ninguna objeción hiciera al respecto. Esta incomparecencia también ha privado al tribunal de conocer las circunstancias en que fue cumplimentado el documento relativo al cuestionario de salud.

La actora niega haber cumplimentado y firmado el mencionado documento y aunque se trata éste de un hecho negativo de difícil probanza, ha solicitado el interrogatorio del director de la oficina para que pudiera ser oído en juicio; la demandada, por el contrario, a quien correspondía probar la autenticidad del documento ninguna prueba ha verificado al respecto.

Así las cosas, entendemos que ninguna validez puede darse a dicho documento pues ni siquiera ha quedado acreditado en autos que fuera suscrito por la Sra., de tal suerte que mal puede afirmarse entonces que faltara a la verdad. Por ello, estimamos que el referido cuestionario no puede perjudicar a la actora. En consecuencia, habiéndose producido el siniestro cubierto por la póliza consistente en la declaración de incapacidad permanente para todo tipo de trabajo de la actora, debe ser acogida la pretensión indemnizatoria. Procede, por tanto, estimar el recurso de apelación interpuesto por la actora y acordar estimar la demanda condenando a la demandada UNNIM VIDA a abonar a la Sra. la suma de 3.278,18 €, más el interés previsto en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro pues no se aprecia causa justificada para su no aplicación.

#### CUARTO

De conformidad con lo previsto en el artículo 398, se imponen las costas de primera instancia a la parte demandada dada la estimación de la demanda, y no se hace pronunciamiento alguno en cuanto a las costas de esta alzada.

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 contra la sentencia dictada por

el Juzgado de Primera Instancia nº 6 de Rubí en fecha 29 de mayo de 2013 en autos de Juicio Verbal nº 51/2013, de los que el presente rollo dimana, y, en consecuencia **REVOCAR** dicha sentencia, acordando en su lugar **ESTIMAR** la demanda interpuesta por María Esther y **CONDENAR** a UNNIM VIDA SA DE SEGUROS Y REASEGUROS a abonar a la actora la cantidad de **TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO EUROS CON DIECIOCHO CÉNTIMOS (3.278,18 €)** , más el interés previsto en el art. 20 [LCS](#) , y al pago de las costas.

No se hace especial pronunciamiento respecto de 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 mi sentencia, de la que se unirá certificación al rollo, lo pronuncio, mando y firmo.

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