

Audiencia Provincial

AP de Barcelona (Sección 19ª) Sentencia num. 111/2014 de 19 marzo

SEGURO SOBRE LA VIDA: reclamación de cantidad: incapacidad permanente en grado absoluta por el INSS: procedencia: DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO DEL TOMADOR DEL SEGURO: declaración de que su profesión era la de “administrativa” y no la de Mosso d’Esquadra: inexistencia de dolo o culpa grave: desempeño de labores administrativas aunque pertenezca al cuerpo policial: el riesgo real que existía en el momento de suscripción del seguro no es diferente al declarado: firma del tomador del seguro sin rellenar el mismo los datos de la solicitud: equivalencia a una falta de presentación del cuestionario por parte del asegurador.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 797/2012

Ponente:Ilmo. Sr. D. José Manuel Regadera Sáenz

AUDIENCIA PROVINCIAL

DE BARCELONA

SECCIÓN DECIMONOVENA

ROLLO Nº 797/2012- B

Procedimiento ordinario Nº 849/2011

Juzgado Primera Instancia 33 Barcelona

SENTENCIA NÚM. 111/2014

Ilmos./a Srs./a Magistrados/a

D. MIGUEL JULIAN COLLADO NUÑO

Dª ASUNCION CLARET CASTANY

D. JOSE MANUEL REGADERA SAENZ

En la ciudad de Barcelona, a diecinueve de marzo de dos mil catorce.

VISTOS, en grado de apelación, ante la Sección Decimonovena de esta Audiencia Provincial, los presentes autos de Procedimiento ordinario núm. 849/2011, seguidos por el Juzgado Primera Instancia 33 Barcelona, a instancia de contra SABADELL ASEGURADORA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.; los cuales penden ante esta Superioridad en virtud del recurso de apelación interpuesto por la parte demandada SABADELL ASEGURADORA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. contra la sentencia dictada en los mismos el día 26 de julio de 2012, por el/la Sr./a. Magistrado/a del expresado Juzgado.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La parte dispositiva de la resolución apelada es del tenor literal siguiente: " *Que debo estimar y estimo íntegramente la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales D^a., en nombre y representación de, declarando haber lugar a condenar a la demandada Asefa SRSA, a abonarle el importe de ciento ochenta mil euros (180.000 euros) razón de la póliza contratada en fecha veinticuatro de octubre de dos mil siete, que deberá incrementarse en el interés prevenido en el artículo 20.4 de la Ley de Contrato de Seguro desde la fecha del evento hasta el completo abono del importe , así como en el interés sancionado en el artículo 576 de nuestra [Ley de Enjuiciamiento Civil](#). Se imponen expresamente a la demandada las costas procesales causadas en la presente instancia "*.

SEGUNDO.- Contra la anterior sentencia se interpuso recurso de apelación por la parte demandada SABADELL ASEGURADORA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. mediante su escrito motivado, dándose traslado a la contraria Herminia y elevándose las actuaciones a esta Audiencia Provincial.

TERCERO.- Se señaló para la deliberación, votación y fallo el día 27 de febrero de 2014.

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

VISTO, siendo Ponente el Ilmo. Sr. Magistrado D. JOSE MANUEL REGADERA SAENZ.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

Por parte de la representación de ASEFA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS se interpone recurso de apelación contra la Sentencia dictada el día 26 de julio de 2012

por el Juzgado de Primera Instancia nº 33 de Barcelona en Juicio Ordinario 849/2011.

La mencionada resolución estimó la demanda presentada por D^a. contra la apelante en reclamación de 180.000 euros que le son debidos como consecuencia del contrato de seguro de vida e incapacidad que las partes suscribieron el día 24 de octubre de 2007 y por haber sido declarada la actora en situación laboral de incapacidad permanente en grado de absoluta por resolución de 25 de mayo de 2009 del INSS. La resolución de primera instancia considera que la actora no incurrió en dolo ni culpa grave al declarar que su profesión era la de "administrativa" y no la de Mosso d'Esquadra.

La apelante señala que de haber conocido la verdadera profesión de la actora no hubiera suscrito la póliza de seguro, por cuanto la misma no estaba incluida dentro del ámbito de las "profesiones asegurables" del protocolo suscrito con el RACC -que actuó en este caso como corredora de seguros- para la comercialización del seguro de autos.

La apelada solicitó la confirmación de la resolución recurrida.

SEGUNDO

Es muy discutible que la actora hubiera mentido conscientemente a la hora de declarar su profesión. Dijo, o consta cumplimentado en la solicitud de contrato de seguro obrante al folio 99, que era "administrativa", lo que no deja de ser cierto por cuanto aunque perteneciera al cuerpo policial que se ha dicho sus tareas eran las de una "administrativa" según certifica al folio 64 el propio cuerpo policial.

Decir que si la aseguradora hubiera sabido que la actora pertenecía a un cuerpo policial no hubiera suscrito el contrato de seguro es hacer una suposición por cuanto en la relación de profesiones asegurables está la de "funcionario", en la que en términos generales es perfectamente encuadrable la función que desempeñaba la actora dentro del cuerpo policial mencionado. Es comprensible que si la función policial hubiera sido otra, más sometida a riesgo, la aseguradora hubiera tomado otras prevenciones a la hora de suscribir el contrato, pero no es el caso. Además, la causa de la situación laboral de la actora nada tiene que ver, que se sepa, con ningún incidente relacionada con su pertenencia a un cuerpo policial.

Entonces, dadas las circunstancias del caso, no se puede decir que incurriera la actora en dolo o negligencia grave, ya que como señala la sentencia de 31 de mayo de 1997 que "la exoneración del pago en la prestación pactada que pretende la aseguradora al amparo del inciso final del párrafo 3º artículo 10 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".

La STS de 2 de abril de 2011 resaltaba que "el deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos; de manera que no se trata solamente de calificar la conducta del declarante asegurado como de buena o mala fe, sino sobre todo atenerse el Tribunal a la objetividad al valorar si la conducta del asegurado o tomador del seguro viene a frustrar la finalidad del contrato para su contraparte al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le viene a desorientar e impulsa el celebrar un contrato que no hubiera concertado de haber conocido la situación real del tomador del seguro o al menos si éste le hubiera manifestado todas las circunstancias que conocía (...) Como la doctrina científica afirma razonablemente, la violación resulta de un hecho puramente objetivo: el riesgo declarado y tenido en cuenta a la hora de la perfección del contrato es diverso al riesgo real que existía en aquel momento" .

En este caso es evidente que el riesgo real que existía en el momento de suscripción del seguro no era diferente al riesgo declarado.

TERCERO

A lo anterior debe añadirse, "ex abundantia", que la actora no rellenó los datos de la solicitud, aunque los firmara. En estos casos, ha señalado reiteradamente el Tribunal Supremo 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 ([artículo 10](#) de la [Ley 50/1980](#)), 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» ([sentencia de 31 May. 1997](#) en recurso 1951/93)."

Por todo lo expuesto, debe confirmarse la resolución recurrida por los razonamientos que contiene esta resolución.

CUARTO

En cuanto a la aplicación de los intereses del art. 20 de la [LCS](#), no existe causa justificada para que no se impongan a la demandada por cuanto como se ha dicho la

demandada conocía desde hace tiempo cuál era la profesión de la actora, no obstante lo cual renovó el contrato de seguro.

Debe destacarse que en la apreciación de la concurrencia de justa causa de la exoneración del pago de interés el TS ha mantenido una interpretación restrictiva, de plena aplicación aún, en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma (SSTS de 16 de julio de 2008 , 9 de diciembre 2008 , 12 de febrero de 2009 y 4 de junio de 2009), al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados. Así, como recoge la STS 25 Febrero 2013 , " Esta interpretación descarta que la mera existencia de un proceso, o el hecho de acudir al mismo, constituyan causas que justifiquen por sí el retraso, o permitan presumir la razonabilidad de la oposición. El proceso no es un óbice para imponer a la aseguradora los intereses a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación misma de indemnizar".

En este caso no se ve la razonabilidad por cuanto, como se ha dicho, la actora dijo que era "administrativa" y efectivamente lo era, y la aseguradora demandada lo sabía y le constaba.

QUINTO

Las costas de primera instancia se impusieron a la demandada de conformidad con lo prevenido por el [art. 394](#) de la [LEC](#), y no existen dudas de hecho o de derecho que justifiquen otra resolución, tal y como se ha expuesto.

Visto el [art. 398](#) de la LEC han de imponerse las costas de esta alzada a la apelante.

VISTOS los preceptos legales citados y los demás de general y pertinente aplicación,

F A L L A M O S

LA SALA ACUERDA: DESESTIMAR el recurso de apelación interpuesto por parte de la representación de ASEFA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS contra la Sentencia dictada el día 26 de julio de 2012 por el Juzgado de Primera Instancia nº 33 de Barcelona en Juicio Ordinario 849/2011, que se confirma con imposición de las costas de esta alzada a la apelante.

Contra esta Sentencia cabe interponer Recurso de Casación para ante la Sala Primera del Tribunal Supremo, a interponer en el plazo de veinte días si se dieran los requisitos legales oportunos.

Y firme que sea esta resolución, devuélvanse los autos originales al Juzgado de su procedencia, con testimonio de la misma para su cumplimiento.

Así por esta nuestra sentencia, de la cual se unirá certificación al rollo, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- En este día, y una vez firmada por todos los Magistrados que la han dictado, se da a la anterior sentencia la publicidad ordenada por la Constitución y las Leyes. DOY FE.