

Audiencia Provincial

AP de Ciudad Real (Sección 2ª) Sentencia num. 267/2006 de 6 octubre

Seguro.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 282/2006

Ponente:Illma. Sra. Carmen Pilar Catalán Martín de Bernardo

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 2

CIUDAD REAL

SENTENCIA: 00267/2006

APELACION CIVIL

RECURSO DE APELACION (LECN) 282/2006-J.

Autos: P. Ordinario 313/2.004.

Juzgado: Puertollano-1.

Ilmo/s. Sr/es.

Presidente: CARMEN PILAR CATALAN MARTIN DE BERNARDO.

Magistrado/s:

IGNACIO ESCRIBANO COBO

MONICA CESPEDES CANO

FULGENCIO VICTOR VELAZQUEZ DE CASTRO PUERTA

S E N T E N C I A nº: 267/2.006.

En CIUDAD REAL, a seis de Octubre de dos mil seis.

VISTOS en grado de apelación ante esta Sección 2 de la Audiencia Provincial de

CIUDAD REAL, los Autos de PROCEDIMIENTO ORDINARIO 313/2004, procedentes del JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.1 de PUERTOLLANO, a los que ha correspondido el Rollo 282/2006, en los que aparece como parte apelante , representado por la Procuradora, y asistido por el Letrado y como apelada "SANTANDER CENTRAL HISPANO SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.", representada por el Procurador y asistida por el Letrado y siendo Magistrada Ponente la Iltma. Sra. D^a. CARMEN PILAR CATALAN MARTIN DE BERNARDO.

ANTECEDENTES DE HECHO:

PRIMERO

: Se aceptan los antecedentes de hecho de la sentencia apelada.

SEGUNDO

Seguido el juicio por sus trámites legales ante el JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.1 de PUERTOLLANO, por el mismo se dictó sentencia con fecha 28 de Marzo de 2.006 , cuya parte dispositiva dice: "Fallo: Que desestimando la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales Sra. en nombre y representación de D. absuelvo a la entidad Santander Central Hispano Seguros y Reaseguros, S.A., de los pedimentos formulados en su contra.- Las costas procesales de la demanda y de la reconvencción se imponen a D ".

Notificada dicha resolución a las partes, por se interpuso recurso de apelación y cumplidos los trámites correspondientes fueron remitidos a este Tribunal donde han comparecido los litigantes, sustanciándose el recurso en la forma legalmente establecida, señalándose para el acto de la votación y fallo el DIA TRES DE OCTUBRE DE 2.006.

TERCERO

En la tramitación de este procedimiento se han observado las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS JURIDICOS:

PRIMERO

: Ante la sentencia dictada en la primera instancia, por la representación de D. se interpone recurso de apelación, alegando la existencia de error en la apreciación de la prueba, en base a lo cual se solicita la revocación de la sentencia y con ello, la estimación de la demanda, y, subsidiariamente, en el caso de no ser estimada, no se haga imposición de costas.

Por la representación del Banco Santander Central Hispano S. A, se formuló oposición a dicho recurso solicitando su desestimación y la confirmación de la sentencia dictada.

SEGUNDO

El objeto del presente litigio sometido a consideración judicial en la alzada, en virtud del recurso de apelación interpuesto, está constituido por una acción de cumplimiento de contrato de seguro de vida e invalidez vinculado a la amortización de un préstamo personal bancario ejercitada por el actor D. en quien concurren simultáneamente las condiciones subjetivas de asegurado y de beneficiario de la prestación en caso de invalidez absoluta, contra la entidad aseguradora, demandada, ahora apelada, a los efectos de obtener un pronunciamiento judicial en virtud del que se condene a esta entidad a pagar al actor la suma de 4.600.000 pesetas en concepto de principal, incrementada con los intereses legales. Desestimada inicialmente la demanda en virtud de Sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Noia, contra la referida resolución judicial se interpuso el recurso de apelación cuya decisión nos incumbe, recurso que ha de ser estimado por lo que a continuación se razonará. Cabe en primer termino señalar, que al contestar a la demanda, la aseguradora se aparta de la verdad probada documentalmente cuando señala, que fue el actor quien solicitó concertar el seguro de vida, ya que, dicho seguro aparece claramente vinculado a la amortización de un préstamo solicitado de la entidad Banco Central Hispano, como se puede claramente observar por la inmediatez de las fechas de ambos contratos, la exacta coincidencia del importe del préstamo y capital asegurado y el concepto de "beneficiario" de dicha entidad bancaria en caso de fallecimiento del asegurado. Hechos estos, de los que claramente se puede presumir, que el seguro concertado fue una condición o exigencia de la entidad bancaria para la concesión del préstamo, afirmación esta, que claramente conduce a considerar que nos encontramos ante un contrato de seguro al que el asegurado meramente se adhirió, lo cual adquiere relevancia por lo que a continuación expresaremos.

TERCERO

El recurso tiene como objeto el alcance de las previsiones contenidas en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro , en tanto que la Sentencia apelada desestima la demanda, al dar por acreditado que, teniendo en cuenta la prueba practicada, puede afirmarse que la declaración del riesgo por el asegurado previa a la póliza de seguro de vida e invalidez suscrita, reflejada en el boletín de adhesión de fecha 19 de octubre del año 2001 (folio 39), aportado a estos autos por el actor previa petición del mismo, como consta en la carta dirigida a la aseguradora con fecha 18 de diciembre del año 2003 (folio 37), lo que evidencia que el actor no tenía en su poder dicho documento,

en el que consta la firma del actor en su condición de asegurado, siendo el tomador del mismo el Banco Central Hispano, resultó inexacta, al señalar que se encontraba "en buen estado de salud "omitiendo, ocultando o silenciando, de esta manera, que con anterioridad a esta fecha, había sido diagnosticado de una esquizofrenia paranoide, y que desde entonces se encontraba sometido a tratamiento médico continuado, con la finalidad de tratar aquella dolencia. Siendo ello así, es decir, que efectivamente el actor sufría dicha enfermedad al momento de suscribir el documento referenciado, lo que no se comparte con la sentencia dictada, es que el asegurado por ello conociera que ello le llevaría a su declaración de incapacidad que finalmente se produjo con fecha 28 de abril del año 2003, es decir, años después de la contratación del seguro, ya que, según consta en el certificado medico (folio 32) en el año 1977 se le diagnosticó de cuadro depresivo que cedió con tratamiento, y, en el año 1991 tuvo un brote psicótico y fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide, cuadro que remitió, pudiendo reintegrarse a su puesto de trabajo, no constando en dicho certificado ninguna otra incidencia de su enfermedad que afectara a su vida profesional, hasta que en el año 2002, y en el mes de noviembre (con bastante posterioridad a la contratación del seguro) se tramitara su incapacidad laboral con causa no en la enfermedad en sí misma, la cual no le había impedido trabajar desde el año 1991, sino, por los efectos secundarios del tratamiento prolongado.

CUARTO

Tomando en consideración los antecedentes médicos del asegurado, la entidad aseguradora demandada considera que existe una inexactitud en la declaración precontractual de riesgo por el asegurado, que es significativa de mala fe contractual, lo que presupone que el asegurado actuó con dolo o, al menos, con culpa grave, siendo determinantes aquellas circunstancias declaradas atinentes al estado de salud del asegurado para la concertación o no del contrato de seguro de invalidez. De esta forma, concurren, a juicio de la entidad demandada, los presupuestos que permiten a la compañía aseguradora liberarse del pago de la prestación, de conformidad con doctrina jurisprudencial reiterada dictada en aplicación del art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro de 1980.

La alegación realizada por la entidad aseguradora resulta adecuada desde la perspectiva estrictamente jurídica, si bien no puede desconocerse que lo determinante en orden a exonerar a la aseguradora de su obligación de pago de la prestación convencionalmente establecida es la cumplida acreditación de la actitud dolosa o gravemente culposa en la ocultación del riesgo asegurado por el asegurado, con ánimo de beneficio, pues necesariamente una vez que es sometido a un cuestionario previo -en el caso objeto de esta litis, relativo a la salud del asegurado-

por parte de la aseguradora, debe poner en su conocimiento todas las circunstancias por el conocidas, como prescribe el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro , y ese conocimiento puede referirse a la misma existencia de la enfermedad, con su alcance y al tratamiento médico al que esté sometido.

En efecto, la propia naturaleza del vínculo contractual derivado de la concertación de un seguro, caracterizado como expresión de la máxima buena fe contractual -«uberrimae bonae fidei»- exige la colaboración del futuro asegurado en el momento de formación del contrato, de manera tal que, con plena lealtad, manifieste al asegurador todas aquellas circunstancias que pueden influir en la decisión del asegurador de aceptar o no el riesgo objeto de cobertura o en el cálculo de la prima del seguro y que tratándose de circunstancias íntimas y personales sólo el asegurado conoce. El conocimiento de estas circunstancias permite a la aseguradora emitir un consentimiento contractual no viciado. El fundamento de este deber de declaración de riesgo ha de situarse en la buena fe contractual. La doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo ha reiterado este deber de los asegurados consistente en manifestar o declarar, de la forma más exacta posible, todas las circunstancias que conozcan y que puedan tener influencia en la valoración del riesgo, de manera tal que las reticencias, las inexactitudes y las omisiones de la situación del riesgo asegurado juegan en su contra y no les pueden favorecer, dadas las peculiaridades del contrato de seguro, que exige la concurrencia de la buena fe de las partes relacionadas, a su nivel máximo. En este sentido se han pronunciado, entre otras, las Sentencias del Tribunal Supremo de 4 de abril de 1988 EDJ 1988/2757, de 8 de febrero de 1989 y de 9 de julio de 1994 EDJ 1994/11875.

Esta obligación del asegurado de declarar el riesgo al asegurador, establecida con la finalidad de que la entidad aseguradora tenga la oportunidad de conocer las circunstancias susceptibles de influir en la asunción o en el rechazo del riesgo objeto de cobertura, antes de la conclusión del contrato, ha sido positivizada en el ya mencionado art. 10 de la LCS EDL 1980/4219 de 1980 . De conformidad con lo dispuesto en este precepto, el tomador del seguro -o el asegurado, si es persona distinta, y sólo él conozca ciertos datos relevantes (arts. 7 y 89 LCS EDL 1980/4219; Sentencias del TS de 9 de julio de 1994 EDJ 1994/11875 y de 8 julio 1996)- 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 pueden influir en la valoración del riesgo. El art. 3 de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre , de adaptación al Derecho español de la Directiva 88/357 /CEE, sobre libertad de servicios en seguros distintos al de vida y adaptación de la legislación de seguros privados, ha añadido un inciso final al precepto señalado, del siguiente tenor: «Quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le

somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él». De esta forma, es sobre el asegurador sobre " quien pesa la carga" de preguntar y cuestionar las posibles incidencias o circunstancias personales del asegurado que repercutan en el riesgo asegurado, habiéndolas de responder el asegurado, sin que sea el propio tomador quien declare «motu proprio» las circunstancias que influyan en la estimación del riesgo. Por esta razón, en ciertos seguros de personas, como son los de vida, enfermedad y asistencia sanitaria, la declaración del riesgo por el tomador puede abarcar no sólo la respuesta al cuestionario sino la realización de otras pruebas, como pudieran ser el reconocimiento médico o el sometimiento a pruebas clínicas concretas, incluso de cierta entidad. Ello supone que el incumplimiento de este deber por el asegurado radicaría más bien en la falta de veracidad (inexactitud u omisión) en las respuestas, pero no en la omisión de datos sobre los que no fue consultado, aunque fueran relevantes. Y, por lo tanto, como señala el propio art. 10 de la LCS EDL 1980/4219 -tras la reforma de la que ha sido objeto en el año 1990-, quedará el consumidor asegurado exonerado de tal deber si el asegurador no le somete a cuestionario o cuando aún sometiéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

En la jurisprudencia del Tribunal Supremo es notoria la influencia del espíritu del nuevo art. 10 de la LCS EDL 1980/4219 , en el sentido de cambiar la iniciativa en torno al deber de declaración del riesgo. Si antes de la reforma el tomador había de declarar todo lo que sabía respecto al riesgo que trataba de desplazar a la aseguradora; ahora, tras la reforma, es claro que el deber se ciñe a dar cumplida respuesta al cuestionario que le formule o presente la entidad aseguradora, como han precisado las Sentencias del T.S. de 2 de diciembre de 1997 EDJ 1997/9846, de 27 de octubre de 1998 EDJ 1998/25094, de 24 de junio de 1999 EDJ 1999/13508 y de 7 de febrero de 2001 EDJ 2001/336 . En la primera de estas Sentencias, de fecha 2 de diciembre de 1997 , el Tribunal Supremo proclama expresamente esta doctrina en los siguientes términos: "El art. 10 de la LCS EDL 1980/4219 viene a cambiar la filosofía del derogado art. 381 del CCom ., de manera que, si de acuerdo al precepto derogado el asegurado venía obligado a decir todo cuanto sabía que afectase al riesgo y a ser exacto en su declaración, el actual art. 10 de la LCS EDL 1980/4219 limita el deber a lo que el cuestionario contiene, y para esta fase de deberes precontractuales, ha sustituido la idea de la iniciativa del contratante del seguro por la del asegurador, y que le importa, a efectos de valorar, debidamente, el riesgo, como la concurrencia de aquellos otros extremos que sean de su interés". La presentación al consumidor asegurado del cuestionario y su redacción es pues vital a los efectos de entender cumplido por su parte el deber de declaración del riesgo y, en su caso, de exonerar de

responsabilidad al tomador en los casos en que se compruebe posteriormente la presencia de circunstancias atinentes al riesgo que no fueron comunicadas al asegurador. En este punto, es digna de mención la ya citada Sentencia del T.S. de 31 de mayo de 1997 EDJ 1997/4511, en la que se considera no cumplida aquella presentación del cuestionario al tomador cuando dicho cuestionario fue rellenado por el agente mediador y el tomador se limitó a firmarlo: "ello equivale a una falta de presentación del cuestionario cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado y sí, en todo caso, sobre el agente de la aseguradora".

En consecuencia, la consolidada doctrina jurisprudencial de conformidad con la cual si el siniestro asegurado se produce con anterioridad a que el asegurador haya hecho la declaración de denuncia del contrato de seguro en la forma prevista en el párrafo 2º del art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro y se estima la concurrencia de dolo o, cuando menos, de culpa grave en la declaración del riesgo asegurado, ocultando hechos influyentes y determinantes para la conclusión del contrato o para la determinación del riesgo asegurado -salvo que la aseguradora haya tenido conocimiento de tales circunstancias relevantes para cuantificar el riesgo asegurado con anterioridad a la conclusión del contrato seguro (así lo ha precisado la Sentencia del TS de 26 de febrero de 1997 EDJ 1997/1250)-, el asegurador queda liberado del pago de la prestación. Pero, de acuerdo con lo ya afirmado, esta liberación de la aseguradora no puede aplicarse en ausencia de un comportamiento doloso o, cuando menos, gravemente negligente -culposo- realizado por el asegurado en el momento de la contratación del seguro de vida, como sucederá en aquellos casos en los que el riesgo que, objetivamente debería declararse en el cuestionario de salud, no lo fue por padecer el actor una enfermedad mental que en modo alguno le había impedido desarrollar su profesión, y limitarse a firmar una declaración con datos previamente impresos por la entidad aseguradora. En todo caso, la carga de la prueba de la inexactitud de las declaraciones realizadas por el tomador en el cuestionario de salud y de la concurrencia de dolo o de culpa grave en esta conducta corresponde a la entidad aseguradora que pretende prevalerse de las mismas.

La doctrina jurisprudencial, hasta la Sentencia del T.S. de 31 de diciembre de 2003 EDJ 2003/186250 , no había considerado relevantes a estos efectos aspectos tales como la identidad de la persona que cumplimenta el cuestionario de salud y el grado de conocimiento o proximidad con el tomador, el grado de instrucción de éste o que el cuestionario no sea rellenado o cumplimentado por el propio tomador, lo que va a equiparar a la falta de presentación del cuestionario de salud. De esta manera, la práctica frecuente consistente en que en la suscripción de planes de jubilación y de pólizas de seguro de vida o de invalidez vinculadas a la amortización de préstamos a consumidores -como sucede en el caso objeto de litis-, el cuestionario de salud sea

cumplimentado por el propio agente o mediador de la compañía aseguradora o por los delegados de las oficinas bancarias que, hasta la Sentencia del T.S. referenciada, no se consideraba por la jurisprudencia como un elemento relevante a los efectos que nos ocupan, ha pasado a ostentar la condición de circunstancias de extraordinario relieve, hasta el extremo de evitar la liberación de la entidad aseguradora por inexactitudes en las declaraciones de riesgo incorporadas a los contratos de seguro cuando éstos fueron cubiertos de la manera señalada.

Esta doctrina ha venido a ser consolidada por la Sentencia del propio TS de 12 de abril de 2004 EDJ 2004/17039 , en la que se declara la ausencia de dolo en la conducta del tomador / asegurado que se limitó a firmar los documentos redactados exclusivamente por el agente intermediario de la entidad aseguradora que gozaba de la confianza de aquél.

Procede por todo lo expuesto, con revocación de la sentencia dictada, estimar la demanda formulada.

QUINTO

La cantidad que, en concepto de prestación debida por la entidad aseguradora demandada, habrá de satisfacerse al actor asegurado, por importe de 27.646,56 euros, devengará a cargo de la entidad aseguradora el interés previsto en el artículo 20.4ª de la Ley de Contrato de Seguro dada la situación de mora en que ha incurrido con arreglo a lo dispuesto en el propio artículo 20.3ª de la Ley de Contrato de Seguro , sin que el mero hecho de discutir el derecho del asegurado a percibir la prestación exima de la obligación de consignar siquiera la cantidad objeto de indemnización. El importe de estos intereses se calculará tomando como "dies a quo" de su devengo el día 31 de julio del año 2003 fecha en la cual la entidad aseguradora con pleno conocimiento del historial medico del asegurado rechazó el siniestro (folio 33).

SEXTO

Al estimarse la demanda procede la imposición de las costas de la primera instancia a la parte demandada, y al estimarse el presente recurso, no se hace expresa imposición de las costas de esta alzada.

En atención a lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que nos confiere la Constitución de la Nación Española,

F A L L A M O S:

Por unanimidad, que estimando el recurso de apelación interpuesto por frente a la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia número uno de Puertollano, en

autos de P. Ordinario 313/2.004 , debemos revocar y revocamos dicha resolución y por la presente se estima la demanda formulada condenando a la aseguradora demandada a que abone al actor la cantidad de 27.646,56 euros mas los intereses que se han señalado en el fundamento de derecho quinto de esta resolución, con imposición de las costas de la primera instancia a la parte demandada y sin hacer expresa imposición de las costas de esta alzada.

Remítanse los autos originales al Juzgado de procedencia, junto con testimonio de esta resolución a los fines procedentes, una vez firme la misma.

Contra esta sentencia no cabe interponer recurso ordinario alguno.

Así, por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.