

# Audiencia Provincial

## AP de Córdoba (Sección 2ª) Sentencia num. 148/2012 de 4 junio

**SEGURO:** DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: incumplimiento: improcedencia: formalización con una sociedad bancaria de un contrato de préstamo para poder adquirir un vehículo con imposición de la suscripción de un seguro de vida: declaración de salud redactada desde la entidad demandada para su aceptación por el tomador, cuya pretensión no radica precisamente en ese seguro de vida, que carece de un mínimo contenido de detalle: ausencia de diagnóstico claro de una enfermedad que se pudiera considerar como grave: tratamiento farmacológico periódico de problemas de descontrol de glucemia y de tensión arterial cuyo seguimiento era irregular.

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 148/2012

**Ponente:**Ilmo. Sr. D. José Antonio Carnerero Parra

La Audiencia Provincial de Córdoba **declara haber lugar** al recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha 18-01-2012 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de Córdoba, revocándola en el sentido expuesto en los fundamentos jurídicos de la presente Resolución.

SENTENCIA Nº 148/12

**AUDIENCIA PROVINCIAL CÓRDOBA**

**SECCIÓN SEGUNDA**

**PRESIDENTE**

D. JOSÉ MARÍA MAGAÑA CALLE

**MAGISTRADOS**

D. JOSÉ MARÍA MORILLO VELARDE PÉREZ

D. JOSÉ ANTONIO CARNERERO PARRA

**APELACIÓN CIVIL**

ROLLO N° 148/12

AUTOS N° 1.062/10

JUICIO ORDINARIO

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA N° UNO

DE CÓRDOBA

En Córdoba, a cuatro de junio de dos mil doce.

Vistos por esta Sala los autos de Juicio Ordinario n° 1.062/10 seguidos ante el Juzgado de 1ª Instancia n° 1 de Córdoba, a instancia de Dª. Dª. Y D. , representados por el Procurador Sr. y asistidos por el Letrado Sr.; contra la entidad CAJASUR, ENTIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., representada por el Procurador Sr. y asistida de la Letrada Sra.; pendientes ante esta Audiencia Provincial en virtud del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia dictada en estos autos. Ha sido designado Ponente D. JOSÉ ANTONIO CARNERERO PARRA, quien expresa el parecer de la Sala.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

Se aceptan los de la sentencia apelada.

**PRIMERO.-** Seguido el juicio en todos sus trámites se dictó Sentencia por la Magistrada-Juez, cuya parte dispositiva dice: "Que desestimando la demanda interpuesta por Dª., Dª. y D., contra Cajasur, entidad de Seguros y Reaseguros, debo absolver y absuelvo a la demandada de todas las pretensiones ejercitadas en su contra, con expresa condena en costas a la actora."

**SEGUNDO.-** Contra dicha resolución se interpuso, en tiempo y forma, recurso de apelación por la representación de doña doña y don, que solicitó la revocación de la misma y el dictado de otra que estimase su demanda, con condena en costas a la parte contraria.

Tras dar traslado del recurso a la contraparte, por ésta se presentó escrito de impugnación del mismo, interesando la confirmación de la sentencia de instancia y la condena en costas del recurrente.

**TERCERO.-** Recibidos los autos en esta Audiencia Provincial, se les dio el trámite establecido en la ley; personándose en tiempo y forma ambas partes, a través de los

Procuradores arriba mencionados.

La Sala se reunió para deliberación el día treinta y uno de mayo de dos mil doce.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

### PRIMERO

.- La parte demandante recurre en apelación la sentencia que desestima íntegramente sus pretensiones, dirigidas al dictado de una resolución por la que los actores, esposa e hijos del fallecido don , solicitaban se condenase a la entidad aseguradora Cajasur, a pagar a la entidad bancaria Cajasur la cantidad de 7.664,62 euros. Se basaba la demanda en que don había concertado un seguro de vida con la demandada en el que se preveía que en caso de sobrevenir su fallecimiento, por causa que no se podía prever en el momento de la firma del seguro de vida, la entidad demandada se haría cargo de la cantidad que restara por pagar del préstamo concertado desde la fecha de ese fallecimiento. En realidad, como más tarde exponremos, no estamos tanto ante una acción de reclamación de cantidad, sino que se ejercita una obligación de hacer: que la aseguradora se hiciese cargo del importe de las mensualidades, capital más intereses, pendientes de pago del préstamo concedido por la Caja para la financiación de la adquisición de un vehículo, con vencimientos comprendidos entre la fecha del fallecimiento y la del término del plazo convenido para la duración del seguro.

La juzgadora estima la causa de oposición alegada por la demandada, que don había ocultado deliberadamente el padecimiento de una diabetes que sufría cuando en fecha de 5 de octubre de 2.006 suscribió el boletín de adhesión a la póliza de seguro colectivo; afirmando, además, que esa enfermedad tuvo necesaria conexión causal con el motivo de su fallecimiento acontecido el 21 de octubre de 2.008, una parada cardiorrespiratoria.

### SEGUNDO

.- La cuestión principal objeto del recurso y en definitiva de la presente litis, no es otra que la de indagar si la declaración de salud efectuada por el actor puede calificarse como dolosa, y por tanto, y a los efectos del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro susceptible de excluir la obligación de la aseguradora de abonar el importe cubierto por haberse producido el siniestro asegurado.

Es preciso señalar, en primer lugar, que el artículo 1.089 del Código Civil dispone que las obligaciones nacen, entre otras fuentes, de los contratos, los cuales tienen fuerza de ley entre las partes contratantes y deben cumplirse a tenor de los mismos (art.1.091), existiendo desde que una o varias personas consienten en obligarse,

respecto de otra u otras, a dar alguna cosa o a prestar algún servicio ( art. 1.254); perfeccionándose por el mero consentimiento y obligando desde entonces no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a todas las consecuencias que, según su naturaleza sean conformes a la buena fe, al uso y a la ley. A su vez, el artículo 1 de la Ley de Contrato de Seguro de 8 de octubre de 1980, define esta modalidad contractual como aquélla "...por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas; regulando el artículo 83 y siguientes los llamados seguros sobre la vida, y disponiendo el artículo 10 del expresado cuerpo legal 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, de manera que si media dolo o culpa grave del tomador del seguro queda el asegurador liberado del pago de la prestación.

O dicho con más concreción, el artículo 10 de la Ley 50/1.980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro , impone al tomador del seguro el deber de declarar al asegurador todas las circunstancias "por él conocidas" que puedan influir en la valoración del riesgo. Es ésta pues, una obligación condicionada por el personal conocimiento del tomador y, además, por el cuestionario que la aseguradora le someta, de forma que sólo ha de responder al contenido de éste y queda expresamente exonerado cuando no se le someta cuestionario, pues no cabe que la aseguradora traslade al asegurado la capacidad de determinar cuáles sean las circunstancias influyentes en esa valoración; muy al contrario, ha de ser la compañía, profesionalmente dedicada a esa actividad, quien con el mayor detalle posible concrete en el cuestionario tales circunstancias, limitándose el deber del asegurado a responder con buena fe a lo que expresamente se le pregunte, pero sin que le sea exigible suplir la insuficiencia de las cuestiones que se le planteen

Es decir, este precepto pone de relieve que por parte del asegurador ha de haber una concreta actuación, la de someter al tomador del seguro un cuestionario con las preguntas que considere necesario para precisar, en vista de las respuestas que dé el tomador del seguro, la importancia del riesgo cuyas consecuencias se dispone a asumir, y por otro lado, impone al tomador del seguro el deber de declarar, como respuesta a las preguntas formuladas, todo cuanto sepa que puede afectar a la valoración del riesgo. Las respuestas del tomador del seguro se extenderán a más o menos materias según sea la amplitud del cuestionario al que le ha sometido el asegurador; no puede entenderse, sin más que el tomador esté obligado a declarar lo que tiene relación con el cuestionario formulado, siendo fundamental la veracidad o

no de las respuestas dadas por el tomador del seguro, fundamental para saber si ocultó o no datos importantes que habrían influido, en el supuesto de conocerlos, en la voluntad del asegurador de celebrar el contrato o de celebrarlo en unas u otras condiciones, en definitiva, para llegar al convencimiento de que el tomador actuó con dolo o culpa grave; consecuentemente, en un proceso en el que se alegue que el tomador del seguro actuó con dolo y que este comportamiento influyó en el consentimiento del asegurador, es decisivo conocer el cuestionario que éste sometió a aquél y las respuestas que dio el primero.

El Tribunal Supremo, en Sentencia de 30 de septiembre de 1.996 ya indicaba que: *"el dolo para ser apreciado ha de corresponder a una reticencia en la omisión de hechos, influyente y determinante para la conclusión del contrato. Su concurrencia es de la libre apreciación del Tribunal sentenciador, en cuanto siendo concepto jurídico ha de resultar de los hechos, conductas y circunstancias que conforman la base fáctica..."*; añadiendo en la Sentencia de 31 de mayo de 1.997 *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."*

### TERCERO

.- Afirmado lo anterior, y aplicándolo al supuesto que se nos somete a revisión, este Tribunal comparte el contenido del fundamento de derecho segundo en cuanto a que la omisión de ese cuestionario a que alude el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro puede quedar suplido mediante la firma de la declaración de salud que contenía el boletín de adhesión; pero deberemos acudir al contenido de aquélla y las circunstancias concurrentes en su firma, para interpretar si la falta de una más exhaustiva manifestación por parte del tomador sobre su estado de salud debe imputársele a él, o trae mayor causa en la propia actitud de la aseguradora, no olvidemos profesional en la materia, que se despreocupó de la realización de un cuestionario más detallado, o incluso del sometimiento al asegurado de un reconocimiento médico.

En este caso hemos de partir de que no nos encontramos ante un contrato de seguro de vida que pretendiese directamente el tomador, sino que su pretensión es la formalización con una sociedad bancaria de un contrato de préstamo para poder adquirir un vehículo; y es la prestamista quien le impone como condición de ese negocio el que suscriba un seguro de vida con el fin de garantizar que, caso de

fallecimiento o invalidez absoluta del asegurado, una entidad aseguradora del mismo grupo de la bancaria, se haga cargo de las cuotas que faltasen hasta su extinción.

Si analizamos el documento en cuestión, en el original que se aportó por la demandada (Documento nº 1 acompañado al escrito de contestación a la demanda), que ni siquiera lleva la firma o sello de la entidad, la declaración consiste en una lacónica pregunta formulada al asegurado: "¿Se encuentra Ud. en perfecto estado de salud, sin síntoma alguno de enfermedad, no está de baja por enfermedad ni accidente a la fecha de suscripción de este documento, ni en ninguno de los treinta días anteriores a la misma, y manifiesta no tener conocimiento de padecer alguna enfermedad de carácter evolutivo (cáncer, tuberculosis, leucemia, parálisis, sida, etc.), ni ninguna otra afección importante?"; y como respuesta, una cruz marcada sobre una casilla afirmativa. Es decir, estamos ante un contrato de adhesión a otro de préstamo, impuesto por la sociedad prestamista a favor de otra empresa de su grupo, en el que la declaración de salud a la que tanta relevancia se le ha dado en la resolución de instancia, está redactada desde la entidad demandada para su aceptación por el tomador, cuya pretensión no radica precisamente en ese seguro de vida, que carece de un mínimo contenido de detalle.

Frente a lo anterior se alega que don ocultó en ese momento al empleado del la Caja que le hizo firmar ese documento que estaba siendo tratado de una diabetes y controlado en su tensión arterial, con objeto de conseguir ese seguro de vida, pese a tener conciencia de que debía declararlo conforme a aquella manifestación, equiparándola a enfermedades como cáncer, tuberculosis, leucemia, parálisis o sida.

Basta la lectura de la historia clínica del señor para comprobar que no nos encontramos con un diagnóstico claro de una enfermedad que éste pudiera considerar como grave. Estamos ante un tratamiento farmacológico periódico de problemas de descontrol de glucemia y de tensión arterial cuyo, hasta tal punto no tenía conciencia de enfermedad, seguimiento era irregular. Colocándonos ante el cerebro medio de una persona no se puede afirmar que a la vista de aquella pregunta pudiese pensar que tenía obligación de decir de lo que estaba siendo tratado. Es más, al desconocerse las circunstancias en que se produjo la suscripción del documento, al no haber sido citado a declarar el empleado de la entidad bancaria que se lo colocó a la firma al asegurado, tampoco podemos saber si se pusieron o no de manifiesto aquellos problemas de salud, y cuál de las partes fue la que no le dio importancia en su caso.

El dominio del contenido de la declaración de salud incorporada al documento correspondía a la sociedad aseguradora, y debía haber sido más explícita que una mera alusión genérica al "perfecto estado de salud" o "síntoma alguno de

enfermedad"; y en lo que se concreta de enfermedades de carácter evolutivo, no pueden resultar más alejadas, al menos para personas no peritas en la materia, de los padecimientos por los que estaba siendo tratado el tomador del seguro por su médico de cabecera.

Y lo que ya resulta de lo más estridente es la conclusión alcanzada en la sentencia, basada en la mera manifestación no del facultativo que le trataba, sino de un médico vinculado laboralmente a la demandada, de que la parada cardiorrespiratoria que sufrió don y que produjo su fallecimiento el 21 de octubre de 2.008, tenga un relación de causa-efecto directo con esas "enfermedades". Ciertamente que la diabetes o los problemas de tensión pueden suponer factores de riesgo con relación a una posible parada cardiovascular, como también los antecedentes genéticos u otras múltiples circunstancias; pero de ahí a afirmar que esa parada cardiorrespiratoria se produjo por motivo de aquellos problemas de descontrol, nos parece una aseveración de lo más atrevida, que contraría el sentido común.

En consonancia con lo argumentado por la Sala, en las circunstancias en que se "obligó" al fallecido a formalizar el seguro de vida, limitándose a firmar un boletín de adhesión preparado desde el grupo empresarial de la aseguradora, sin contener un cuestionario de salud exhaustivo sino una mera declaración genérica de su percepción subjetiva de su salud en ese momento, utilizando por vía de ejemplo enfermedades muy graves y nada similares a la que se afirma que padecía, y sin que la parte que tenía la facilidad de la prueba por tratarse de empleado suyo, haya tratado de acreditar las circunstancias en que se produjo la firma del documento, siendo además de lo más fácil pensar que el empleado rellenase el apartado afirmativo sin dar excesiva importancia al contenido de esa pregunta como mero campo a integrar para poder formalizar la operación principal del préstamo; y si además, de la historia clínica del fallecido, que tampoco se ha tratado de complementar por el testimonio del médico de cabecera (resulta más importante que la enfermedad en sí que pudiera padecer, la conciencia que de la misma y de su entidad pudiera tener), tampoco se nos pone de manifiesto más que problemas de control de aspectos que, siendo importantes y más a una determinada edad, no son indiciarios, al menos para gente común, de constituir riesgos vitales; no puede hablarse de una ocultación maliciosa, ni siquiera por negligencia grave, de esos posibles males que aquejaban al asegurado, que lo único que había ido a solicitar de la entidad bancaria era la financiación de un préstamo para comprar un coche. El recurso debe ser estimado, procediendo la estimación de la demanda en cuanto a las consecuencias pactadas para el supuesto de sobrevenir el riesgo del fallecimiento o invalidez permanente del asegurado.

#### CUARTO

En el escrito de oposición al recurso, de manera congruente con la contestación a la demanda, se plantea para el supuesto de estimación de la demanda su disconformidad con la cuantía reclamada en aquélla y de los intereses a devengar, alegando la impugnación formulada en su día frente al documento número 14 de la demanda.

Como ya anunciábamos en el primer fundamento de esta resolución, existe una confusión en el tipo de acción ejercitada, pues por el petitum de la demanda parece que nos encontramos ante una reclamación de cantidad que operaría a favor de una persona jurídica diferente a los actores; cuando en realidad de lo que se trata es de una obligación de hacer consistente en que la entidad demandada se hiciese cargo del contrato de préstamo suscrito por las mensualidades que tuviesen su vencimiento desde la fecha de fallecimiento del asegurado hasta la de finalización del seguro. Esta solución se infiere del propio contenido de la demanda y está acreditada su procedencia por el propio documento incorporado por la sociedad demandada (folio 74); no incurriéndose en incongruencia al estimarse la demanda en esos términos.

Por lo tanto, resulta baladí cualquier cuestión que se plantee en cuanto al saldo de dicho contrato, impagos anteriores de cuotas a la fecha del deceso, e incluso de intereses que nunca podrían reclamar los demandantes al ser la beneficiaria de ese posible abono otra persona diferente.

Por lo anterior, la revocación de la sentencia supone una estimación sustancial de la demanda, que supone se pueda y deba aplicar el criterio objetivo del vencimiento en la primera instancia, procediendo la condena en costas a la parte demandada.

#### QUINTO

Dada la estimación del recurso, es aplicable para las costas de la alzada lo dispuesto en el artículo 398.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil

#### FALLAMOS

**Estimamos** el recurso de apelación interpuesto por el Procurador don, en nombre y representación que ostenta de D<sup>a</sup>., D<sup>a</sup>. Y D. , contra la Sentencia de fecha 18 de enero de 2.012, dictada en los autos de Juicio Ordinario núm. 1.062/10 por la Magistrada-Juez de Primera Instancia núm. 1 de Córdoba , y en consecuencia, **revocamos** la aludida resolución, procediendo la estimación sustancial de la demanda que formularon, condenando a CAJASUR, ENTIDAD DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a asumir el abono de las mensualidades (capital más intereses) pendientes del pago del préstamo concedido en fecha 5 de septiembre de



2.006 por Cajasur a don por los vencimientos comprendidos entre la fecha del fallecimiento de este último, acontecido el 21 de octubre de 2.008, hasta el término del plazo convenido para la duración del seguro; y ello, con expresa imposición de las costas de la primera instancia a la parte demandada, y sin hacer declaración expresa respecto de las de esta alzada.

Devuélvase a la parte apelante el depósito constituido para recurrir.

En materia de recursos se habrá de estar al Acuerdo de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 30 de diciembre de 2.011.

Notifíquese la presente resolución a las partes y a su debido tiempo remítanse, junto con los autos originales, certificación de esta Sentencia, al Juzgado referido, para su conocimiento y cumplimiento, interesándole acuse recibo.

Así por esta nuestra Sentencia, de la que se unirá certificación al Rollo, la pronunciamos, mandamos y firmamos.