

Audiencia Provincial

AP de Córdoba (Sección 3ª) Sentencia num. 279/2006 de 14 diciembre

SEGURO DE PERSONAS: SEGURO DE ENFERMEDAD: seguro de baja laboral: reclamación de la prima: estimación: incumplimiento por el asegurado de la obligación de responder al cuestionario previo sobre su estado de salud: inexistencia: respuesta negativa a pregunta de padecimiento previo de enfermedad pese a haberlo sufrido: irrelevancia: pregunta genérica que sólo puede perjudicar al asegurador al tener éste el deber de formular un cuestionario concreto.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 365/2006

Ponente:Ilmo. Sr. D. Felipe Moreno Gómez

AUDIENCIA PROVINCIAL CÓRDOBA

SECCIÓN Nº 3

SENTENCIA Nº 279/06

PRESIDENTE ILMO. SR.

D. FRANCISCO DE PAULA SANCHEZ ZAMORANO

MAGISTRADOS, ILMOS. SRES.

D. FELIPE LUIS MORENO GOMEZ

D. PEDRO JOSE VELA TORRES

REFERENCIA:

JUZGADO DE ORIGEN: JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA NUMERO 8 DE
CÓRDOBA

ROLLO DE APELACIÓN Nº 365/2006

JUICIO VERBAL Nº 1208/2005

En la Ciudad de CÓRDOBA a catorce de diciembre de dos mil seis.

La SECCIÓN Nº 3 DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE CÓRDOBA ha visto y examinado el recurso de apelación interpuesto contra autos de Juicio Verbal nº 1208/2005 seguidos en el JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA NUMERO 8 DE CÓRDOBA entre el demandante representado por el Procurador Sr. y defendido por el Letrado Sr. y el demandado CIA. DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. representado por el Procurador Sr. y defendido por el Letrado Sr., pendientes en esta Sala a virtud de recurso de apelación interpuesto por la representación de la parte demandada contra sentencia recaída en autos, siendo Ponente del recurso el Magistrado ILTMO. SR. D. FELIPE LUIS MORENO GOMEZ.

Aceptando los antecedentes de hecho de la sentencia recurrida y,

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO

.- Que seguido el juicio por sus trámites se dictó sentencia por el Sr. Juez del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA NUMERO 8 DE CÓRDOBA cuyo fallo es como sigue: "Que estimando la demanda interpuesta por el Procurador D., en nombre y representación de D. , contra la entidad DKV, SEGUROS Y REASEGUROS, debo condenar y condeno a la referida demandada a que abone al actor la suma de MIGL QUINIENTOS NOVENTA EUROS (1.590 €), más sus intereses del art.20 de la L.C.S ., hasta su completo pago, condenándole igualmente al pago de las costas causadas."

SEGUNDO

Que contra dicha resolución se interpuso en tiempo y forma recurso de apelación por la representación de CIA. DKV SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. que fue admitido en ambos efectos, oponiéndose al mismo la parte contraria, remitiéndose los autos a este Tribunal y dándose traslado de los mismo al Magistrado Ponente para que dictara la resolución procedente.

TERCERO

Que en la tramitación de las dos instancias de este juicio se han observado las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Se acepta la fundamentación jurídica de la sentencia apelada.

PRIMERO

.- Con efecto desde el 6 de mayo de 2004 está vigente entre las partes (sin que sobre este extremo se haya planteado cuestión alguna), lo que la propia entidad aseguradora viene a denominar , en la portada de su prospecto explicativo de su condicionado general, como seguro de baja laboral; seguro que, en definitiva, ofrecía como garantía determinado subsidio para el caso de enfermedad o accidente y que fue contratado por el acto, hoy apelado, por ser trabajador autónomo en el ámbito de la fotografía.

Pues bien, sin perjuicio de ser cierto -tal y como la aseguradora apelante viene a poner de manifiesto en su extenso recurso de apelación- que el historial clínico del asegurado ha mostrado que en julio de 1998 sufrió trigliceridemia y en junio de 2000 padeció rinitis estacional y asma bronquial extrínseca, no por ello y pese a que en fecha 5 de noviembre de 2004 solicitase su inscripción en el registro de demanda quirúrgica por razón de probablemente necesitar una septoplastia nasal, y de que en mayo de 2005 efectivamente fuese sometido a dicha intervención quirúrgica por padecer "obstrucción nasal FNI por espolón de suelo" y recibir un diagnóstico clínico de "desviación septal", procede atender, total ni parcialmente la pretensión exoneratoria del abono de la indemnización convenida que aquí reiteradamente sostiene por medio del presente recurso la aludida aseguradora.

En efecto, la estimación de un recurso no pasa por la mayor o menor extensión literaria del mismo (en este caso treinta y nueve folios), sino por la claridad y acomodación de sus argumentos a lo efectivamente acreditado y a los derechos legalmente reconocidos.

Y es, por mucho que la apelante voluntaristamente se cuide de desconocerlo en su amplio alegato, que el art. 10 de L.C.S . limita el deber del asegurado a responder con buena fé todas las circunstancias por él conocidas que estén contenidas en el cuestionario que la aseguradora le presente para valorar el riesgo, es decir, siguiendo S.T.S. 2-12-97 , "no existe un deber de declaración sino de respuesta del tomador de lo que interesa de él el asegurador". Ahora bien, ese deber de buena fe y de un comportamiento contractual leal no sólo es predicable respecto del asegurado, sino también respecto del asegurador, quien no sólo tiene la facultad, sino el deber incluso, de presentar un cuestionario claro y preciso; de forma que la respuesta ofrecida por el asegurado no debe de ser aisladamente considerada y exclusivamente relacionada con el siniestro que efectivamente acaezca, sino puesta en relación con la pregunta que se le somete, e incluso con el propio comportamiento ulterior del asegurador.

No se trata, por tanto, en el caso de autos de si aquellos padecimientos referidos y que, pese a ser conocidos, efectivamente fueron silenciados por el asegurado (al

responder la declaración de salud obrante al folio 104 del pleito) guardan más o menor relación causal con la intervención quirúrgica que motivó su baja laboral en mayo de 2005, sino que lo jurídicamente relevante es si dicho silencio puede ahora ser aducido por el asegurador para oponerse al pago de la indemnización reclamada, y la respuesta a dicha pregunta entendemos que debe de ser negativa a la vista de las concretas circunstancias del caso.

En efecto, si es el caso que el asegurado (al margen de responder negativamente a determinadas preguntas específicas tales como posibles padecimientos de diabetes, hepatitis, VIH, alteraciones de próstata, defectos auditivos o visuales, etc) respondió negativamente a preguntas tan generales como "¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, accidente, alteración congénita, intervención quirúrgica así como algún síntoma o dolor crónico?" y "¿ ha recibido, recibe o está pendiente de recibir algún tipo de tratamiento médico , dietético, farmacológico o quirúrgico?", y es el caso -insistimos, pese a la generalidad de dichas preguntas y su inconcebible exclusión, pues notoriamente nadie ha dejado de estar enfermo alguna vez, ni ha dejado de recibir algún tipo de tratamiento médico- que el asegurador implícitamente consiente dicha omisión de datos, la consecuencia - por mor de la bilateralidad en el despliegue de la buena fe contractual que el propio contrato exige- mal puede ser una extemporánea, afanosa e interesada indagación en el historial clínico del asegurado en cuestión -tal y como en definitiva ahora se pretende para eludir el pago de la indemnización convenida, so pretexto bien de una mera inexactitud objetiva en las respuestas del cuestionario (inadmisibles pues la libertad contractual a este respecto queda limitada por el art. 2 de L.C.S . en relación a los arts 10 y 89 de la misma, cuya interpretación conjunta exige un componente subjetivo en la inexactitud en cuestión), bien de dolo o culpa grave que de ninguna forma se aprecia, pues no se trata de traer a colación la respuesta a las singulares cuestiones antes aludidas, sino de interpretar la respuesta negativa a las dos preguntas genéricas antes transcritas en el sentido de que nada grave sanitariamente hablando había en el pasado afectado al asegurado, lo cual ciertamente en ningún caso ha sido desvirtuado por el asegurador ni en términos abstractos, ni en términos concretos (de hecho, tal y como la sentencia apelada viene a afirmar, en modo alguno consta -ni tan siquiera indiciariamente- que la desviación septal hubiese sido diagnosticada -ni conocida- por el asegurado antes de la suscripción de la póliza).

SEGUNDO

Por otro lado, y como quiera que en autos efectivamente consta documentación expedida por el sistema público de salud de que el asegurado estuvo dado de baja desde el día 19 de mayo hasta el día 11 de julio siguiente, y es el caso que la

aseguradora de ninguna forma ha desvirtuado la realidad de dichos extremos, pues sin examen directo del paciente durante el tiempo que estuvo de baja ni ninguna otra prueba indicativa de su efectivo hacer laboral, tan sólo pretende ostensiblemente reducir dicho tiempo por vía de una abstracta opinión técnica; la consecuencia, sin necesidad de ninguna otra consideración en orden a la dialéctica desplegada para distinguir entre "baja laboral" e "incapacitación total a los efectos de indemnización contractual", no debe ser otra distinta a la de dotar de una inicial verosimilitud a la citada documentación y, por ende, fijar el monto indemnizatorio sobre la base de lo directa y documentalmente acreditado.

TERCERO

Desestimándose los motivos de impugnación principal y subsidiariamente alegados, y procediendo confirmar íntegramente la sentencia apelada, procede imponer a la parte recurrente el abono de las costas causadas en esta alzada.

FALLAMOS

Que desestimando el recurso de apelación interpuesto por la Procuradora Sra., en representación de " DKV SEGUROS Y REASEGUROS y REASEGUROS, S.A.", frente a la sentencia dictada por la Ilma. Sra. Magistrada del Juzgado de Primera Instancia num. ocho de Córdoba, en fecha 30 de junio de 2006 , debemos de confirmar y confirmamos la referida sentencia. Se impone a la parte apelante el abono de las costas de esta alzada.

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