

Audiencia Provincial

AP de Granada (Sección 4ª) Sentencia num. 487/2009 de 20 noviembre

Seguro.Invalidez permanente y sus prestaciones.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 406/2009

Ponente:Ilmo. Sr. D. Juan Francisco Ruiz-Rico Ruiz

1

AUDIENCIA PROVINCIAL DE GRANADA

SECCIÓN CUARTA

ROLLO Nº: 406/09

JUZGADO: GRANADA 13

AUTOS: J. ORDINARIO Nº 1203/07

PONENTE SR: JUAN FRCO RUIZ RICO RUIZ.

SENTENCIA NÚM. 487

ILTMOS. SEÑORES:

PRESIDENTE

D. ANTONIO GALLO ERENA

MAGISTRADOS

D. MOISÉS LAZUÉN ALCÓN Y

D. JUAN FRCO RUIZ RICO RUIZ.

=====

En la Ciudad de Granada a Veinte de Noviembre de 2009. La Sección Cuarta de

esta ltma. Audiencia Provincial, ha visto

en grado de apelación los precedentes autos de juicio Ordinario nº 1203/07, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia nº 13 de Granada, en virtud de demanda de D., representado en ésta alzada por el Procurador Sr., contra UNICORP VIDA CIA SEGUROS Y REASEGUROS S.A. , representado por el Procurador Sr..

Aceptando como relación los "Antecedentes de Hecho" de la resolución apelada, y

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La referida Sentencia, fechada en Dieciocho de Marzo de 2009 , contiene el siguiente fallo:" que estimando la demanda interpuesta por el Procurador D. en nombre y representación de D. contra la entidad UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., representada por el Procurador D. debo de declarar y declaro cubierta por el contrato de seguro de 29 de marzo de 2005 la contingencia de invalidez permanente absoluta; y debo condenar y condeno a la mencionada demandada a abonar la suma asegurada conforme a los términos establecidos en la póliza para dicha contingencia (66.000 euros) más los intereses legales moratorios de dicha suma y pago de las costas procesales causadas".

SEGUNDO.- Sustanciado y seguido el recurso de apelación interpuesto por la parte actora, se dio traslado a las demás partes para que alegaron lo que a su derecho conviniera, elevándose posteriormente las actuaciones a éste Tribunal señalándose día y hora para Votación y Fallo.

TERCERO.- Han sido observadas las prescripciones legales de trámite.

Siendo Ponente el Magistrado ltmo. Sr. D. JUAN FRCO RUIZ RICO RUIZ .

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

El art. 10 de la LCS establece 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 el conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él".

A dicha obligación del tomador se refiere la jurisprudencia, por todas, la STS de 15-11-2007 al señalar: "El artículo 10 de la Ley de contrato de Seguro regula el deber de declaración del riesgo, como obligación fundamental del tomador para que el

asegurador pueda conocer con exactitud el riesgo objeto de cobertura. Su alcance y consecuencias han sido configurados por esta Sala, en sentencias, como la de 1 de Julio de 2006 , que literalmente establece que: "A través del deber de la declaración del tomador del seguro de las circunstancias que delimitan el riesgo que se quiere que sea cubierto por el asegurador, aflora de manera nítida el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe. En efecto, se debe que siendo tan importante la delimitación del riesgo, esta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quién únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. El asegurador, sólo con mucha dificultad y dentro de un ámbito limitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores. Éstos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurador. El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, ubicado dentro del Título I referente a las Disposiciones Generales aplicables a toda clase de seguros, ha concedido más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se le pregunta por el asegurador, ya que éste, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estimen oportunos. Concepción que se ha aclarado y reforzado, si cabe, con la modificación producida en el artículo 1º de este artículo 10 , al añadirse el último párrafo del mismo que dice que: "quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) 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". El cambio operado en la concepción de este deber de declaración del riesgo respecto a la que prevalecía en el Código de Comercio ha alterado sustancialmente la normativa anterior. 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 somete el asegurador. Aparece así, como ha quedado dicho, no un deber espontáneo e independiente del tomado, 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 que 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. El deber de declaración se infringe cuando el riesgo que ha sido descrito y que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diverso del riesgo real. Esta infracción resulta de un hecho objetivo, cual es esa diferenciación entre la situación representada y la real (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de noviembre de 1993 y 28 de octubre de 1998)".

SEGUNDO

La parte recurrente articula los distintos motivos del recurso de apelación sobre la base de un pretendido error en la apreciación de la prueba en que, a su entender, ha incurrido la Juzgadora de Instancia, tanto en cuanto a la eficacia del cuestionario de salud, como a la documental pública aportada acerca de la pendencia de un expediente de incapacidad al tiempo de la suscripción del contrato de seguro de amortización del préstamo hipotecario y la existencia de un estado de salud previo que fue ocultado maliciosamente por el actor que, sin duda, influyó en la posterior declaración de incapacidad permanente absoluta, cuya contingencia estaba amparada en la póliza. Sin embargo, olvida la apelante que en la valoración de la prueba es facultad privativa del Juzgado o Tribunal y que debe ser respetado su resultado en tanto que no se demuestre que el Juzgador incurrió en error de hecho, o que su valoración resulte ilógica, opuesta las máximas de experiencia o a las reglas de la sana crítica, como tiene dicho esta Sala en las Sent. de 12-11-02 y 31-3-03 , siguiendo el criterio del Tribunal Supremo expuesto en las Sent. de 23-9-96, 24-7-01 y 20-11-02 .

Dicho esto, no apreciamos error alguno en la valoración de la prueba que se haya vertido por la Juez a quo. Esta ha considerado no acreditado que el cuestionario de salud acompañado como doc. Nº 3 de la contestación a la demanda se hubiere sometido en verdad el tomador del seguro, a pesar de que aparezca suscrito por el mismo. A tal fin ha valorado acertadamente las pruebas de interrogatorio de parte, testificales y el propio documento de donde deduce que no le fue preguntado sobre su salud y los demás extremos que constan en el mismo, en la sucursal de Caja Granada en la que se concertó el préstamo hipotecario, sino que fue firmado sin darle lectura, como una mera formalidad. Prueba de ello, son las declaraciones de la empleada D^a que no recordaba haberle leído el cuestionario y, principalmente, la del director de la oficina, quién afirmó que los 3 ó 4 documentos en que se configura la concesión del crédito se firman "sin leerlos" aunque después quiso rectificar en relación a las preguntas de las cuestiones de salud.

Con todo esto podemos entender las importantes dudas que refleja la Sentencia en lo que al sometimiento del cuestionario de salud se refiere, dudas que no han de

favorecer a la entidad aseguradora a quién le correspondía indagar sobre las circunstancias del riesgo.

TERCERO

De cualquier modo, las pruebas practicadas no demuestran la reticencia dolosa o la culpa grave del actor para que la aseguradora de acuerdo con el Art. 10,3º de la LCS , quede exonerada del pago de la prestación. Es decir, no aparece acreditado el ánimo de ocultación de las circunstancias relativas a su capacidad laboral.

Con carácter previo hemos de dejar sentado que la póliza suscrita era un contrato accesorio y de aseguramiento del principal de préstamo hipotecario, que normalmente imponen a sus clientes las entidades crediticias. Es cierto que en el momento de la concertación del seguro (29 de marzo de 2005) se encontraba en trámite demanda en solicitud de reconocimiento de incapacidad interpuesta en el mes de septiembre de 2004. Pero también lo es que el actor había sido dado de alta por la Inspección Médica con propuesta de incapacidad el día 26 de abril de 2004, propuesta que había sido denegada por el INSS el 8 de julio de aquel año, hallándose en marzo de 2005 en situación de desempleo percibiendo la correspondiente prestación. Además, ha quedado acreditado que el préstamo concedido no lo fue para la adquisición de una vivienda habitual, sino para la instalación de una churrería. Así lo reconoce el Director de la sucursal.

Todo esto implicaba la capacidad laboral del actor en el momento de concertar la póliza, aunque tan sólo dos meses después le fuera otorgada por sentencia de 5 de mayo de 2005 la incapacidad permanente total, que no estaba cubierta en la póliza de seguro, aunque tuviera retroactividad en sus efectos.

Por otra parte, las incapacidades preexistentes que dieron lugar a la anterior declaración de incapacidad no fueron determinantes para el posterior reconocimiento de la incapacidad permanente en grado de absoluta, por mas que pudieron influir pero de una forma limitada. Es en el mes de diciembre de 2005, casi nueve meses después de la firma de la póliza, cuando es diagnosticado por vez primer de una colitis de Crohn, con actividad grave, en virtud de la cual solicita la revisión de la situación de incapacidad, lo que provoca el dictado de la sentencia de 20 de diciembre de 2006 , un año después al diagnóstico, que declara la incapacidad permanente absoluta. Aunque en dicha resolución se tiene en cuenta la agravación de las enfermedades precedentes, como episodio depresivo mayor, episodios de vértigo, expondiloartrosis y cervicoartrosis, no es sino por la gravedad de la colitis de Crohn, junto con otros padecimientos nuevos como distimia, artralgias y mialgias generalizadas, lo que dá lugar a la declaración de la incapacidad absoluta, de tal

manera que, sin estas, la situación laboral no hubiese variado y no habría tenido efectividad la cobertura de la póliza. A todo esto hemos de añadir que el Art. 2 de las condiciones generales de la póliza, después de definir el concepto de incapacidad permanente y absoluta, señala que la "fecha de la ocurrencia de la invalidez coincide con la fecha en que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez que determine el derecho al cobro de una pensión a favor del asegurado". De acuerdo con esto, la fecha de la invalidez sucedió casi dos años después del momento de inicio de vigencia de la póliza.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación, este Tribunal.

FALLAMOS:

Esta Sala ha decidido confirmar la sentencia dictada por el Juzgador de Primera Instancia nº 13 de esta ciudad, con imposición de las costas de éstaalzada a la parte apelante.

Así por éste nuestro Auto, lo acordamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Illmo. Sr. Magistrado D. JUAN FRCO RUIZ RICO RUIZ, Ponente que ha sido de la misma, doy fe.