

# **Audiencia Provincial**

## **AP de Madrid (Sección 12ª) Sentencia num. 272/2013 de 27 marzo**

**SEGURO:** CONTRATO DE SEGURO: SEGURO DE PERSONAS: SEGURO DE VIDA: Obligación de la aseguradora de indemnizar al beneficiario del seguro de vida concertado ante el fallecimiento del tomador: Procedencia: la aseguradora no puede eludir el pago alegando la ocultación de enfermedades previas del tomador ya que sometió a éste a un cuestionario de salud inadecuado, con preguntas genéricas y confusas: es la aseguradora la que debe responder de las consecuencias de la inadecuada realización del cuestionario de salud al tomador del seguro.

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 815/2011

**Ponente:**Illma. Sra. Ana María Olalla Camarero

**AUD.PROVINCIAL SECCION N. 12**

**MADRID**

SENTENCIA: 00272/2013

**AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID**

**SECCION DUODECIMA**

**ROLLO: RECURSO DE APELACION Nº 815/2011 (UNIPERSONAL)**

**JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 58 DE MADRID**

**AUTOS: JUICIO VERBAL Nº 1214/2010**

DEMANDANTE/APELANTE: Dª.

**PROCURADORA: Dª.**

**DEMANDADA/APELADA: MAPFRE VIDA S.A.**

**PROCURADOR: D.**

**PONENTE: ILMA. SRA. DOÑA ANA MARIA OLALLA CAMARERO**

**SENTENCIA Nº 272**

**Ilma. Sra. Magistrada:**

**D<sup>a</sup>.ANA MARIA OLALLA CAMARERO**

En MADRID, a veintisiete de marzo de dos mil trece.

VISTO en grado de apelación ante esta Sección duodécima de la Ilma. Audiencia Provincial de MADRID, los Autos de JUICIO VERBAL Nº 1214/2010, procedentes del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 58 DE MADRID, a los que ha correspondido el Rollo nº 815/2011, seguido entre partes, de una como demandante-apelante **D<sup>a</sup>.** representada por la Procuradora D<sup>a</sup>. y como demandada-apelada **MAPFRE VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, representada por el Procurador D. sobre RECLAMACION DE CANTIDAD, y siendo Magistrada Ponente la **Ilma. Sra. Doña ANA MARIA OLALLA CAMARERO, quien actúa en la resolución del presente recurso como órgano unipersonal.**

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Se aceptan los antecedentes de hecho de la sentencia apelada.

**SEGUNDO.-** Seguido el juicio por sus trámites legales ante el JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 58 DE MADRID, por el mismo se dictó sentencia con fecha 10 de enero de 2010, cuya parte dispositiva dice: "*DEBO DESESTIMAR Y DESESTIMO INTEGRAMENTE la demanda de juicio verbal, y sin expresa condena en costas*". Notificada dicha resolución a las partes, por la representación procesal de D<sup>a</sup>. se interpuso recurso de apelación, que fue admitido, dándose traslado a la parte contraria que se opuso, y cumplidos los trámites correspondientes, se remitieron los autos originales del juicio a este Tribunal donde han comparecido los litigantes, sustanciándose el recurso en la forma legalmente establecida, señalándose para llevar a efecto la resolución del mismo por la Magistrada Ponente el pasado día 20 DE MARZO, en que ha tenido lugar lo acordado.

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

**FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**PRIMERO**

Se aceptan en parte y se dan por reproducidos, los fundamentos de derecho de la resolución apelada, en lo que no contradigan los aquí expuestos.

## SEGUNDO

Se ejercitó en Primera Instancia acción por la representación de D<sup>a</sup>. contra MAPFRE VIDA, en reclamación de pago de la indemnización correspondiente al seguro de vida vinculado a una póliza de préstamo concertados en fecha 20/4/08 por el saldo pendiente de amortización, 2.754,88€, ante el fallecimiento del marido de la actora D. el 4/7/08, de una hemorragia cerebral espontanea. Oponiéndose la aseguradora ante la conducta dolosa del tomador, que ocultó datos relativos a enfermedades previas, lo que impidió valorar correctamente el riesgo a la aseguradora. Habiéndose dictado sentencia desestimatoria de las pretensiones de la actora, ante la incorrecta información sobre su estado de salud por el esposo de la demandante, en el cuestionario facilitado para la concertación de la póliza por la aseguradora.

## TERCERO

Interpone recurso de apelación la representación de D<sup>a</sup>. alegando que no hay dolo en las respuestas del esposo de la demandante, pues se trata de un cuestionario muy genérico y abstracto, que exige un conocimiento médico, del que carecía D.. Además las preguntas del cuestionario sobre padecimientos de enfermedades se referían a los últimos cinco años, y las del Sr. se diagnosticaron antes de este periodo.

La STS de 15 de noviembre de 2007 , con cita en la de 1 de junio de 2006 , sintetizaba el alcance con que la Jurisprudencia ha configurado este deber contemplado en el art. 10 de la L.C.S ., señalando 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 sabe que, siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien 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. Estos 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 asegurado."

Ahora bien, es de destacar que, sobre todo a partir de la reforma del art. 10 de la L.C.S ., en adaptación del derecho interno a la Directiva 88/357/CEE, tal exigencia, señala la misma sentencia ( STS de 8 de mayo de 2008 ), se ha concebido "más que como un deber de declaración, en un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se 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 estime oportunos. Concepción que se ha aclarado y reforzado, al añadir el último párrafo del citado artículo, que señala que «quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún 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 tomador, 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 todo lo que sabía sobre el riesgo, y también a decir exactamente todo lo que dice, pues el artículo 10 circunscribe el deber de declaración al cuestionario, que el asegurador someta al presunto tomador del seguro."

En este sentido la tan citada STS de 15 de noviembre de 2007 , sentaba, que el deber de "declarar el riesgo no constituye un deber meramente formal y abstracto, -que obligue a declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo-, sino concreto, -limitado a las conocidas sobre las que haya sido preguntado en el cuestionario que le somete el asegurador-, lo que implica que la ausencia de cuestionario, o la falta de pregunta al respecto de una determinada circunstancia que pueda influir de manera relevante en la valoración del riesgo, ha de ser soportada por el asegurador, sin que pueda jugar en contra del asegurado".

El cuestionario, ya lo hemos dicho, es el que fija los límites y contenido de la declaración ( STS de 30 de mayo de 2006 ) y si la aseguradora no exige otras respuestas para mejor valoración del riesgo, es ella, y no el asegurado, la que debe pechar con las consecuencias ( STS de 24 de marzo de 2006 ). Con estos antecedentes, es de recordar que la Jurisprudencia no sólo ha negado la causa de exoneración pretendida por los demandados, incluso, cuando se ocultaron datos de

enfermedades previas no graves o sin relevancia causal (vid. SSTs de 3 de octubre de 2003 y 11 de junio de 2007 , respecto a diabetes melitus; STS de 4 de marzo de 2005 , tomador que padece episodios banales de salud atribuidos a cervicalgia -que encubrían un tumor diagnosticado 6 meses después de la póliza-; y más concretamente por su relación al caso de autos la STS de 15 de julio de 2005 , sobre hematopatía previa y ocultada al no poder prever el alcance de la misma y su fatal resultado; STS de 15 de diciembre de 2005 , donde el T. Supremo revoca la de instancia y condena a la aseguradora, pese a silenciar antecedentes de hematopatía difusa crónica -probable cirrosis -; o la de 29 de abril de 2008, que confirma la sentencia de instancia pese a admitir que ocultó la existencia de una úlcera y hernia de hiato preexistentes. Pues bien, atendiendo a toda esta doctrina, la singularidad del caso de autos lleva en esta alzada a no apreciar la causa de exoneración, inherente a un silencio u omisión intencionado de sus enfermedades previas donde, además, no quedó acreditado el grado de intensidad e influencia causal de las mismas con la hemorragia cerebral, causa de la muerte del tomador. Cuya asociación con la cirrosis, el alcoholismo o la diabetes, no ha sido demostrado en modo alguno por la aseguradora, que se ha limitado a aportar un documento obrante al folio 108, elaborado a su instancia, que no ha sido ratificado ni explicado ante el tribunal, ni propuesta ni practicada pericial que confirme tal conclusión por técnico objetivo.

Si analizamos las escuetas tres preguntas que se le hicieron al tomador fallecido, son genéricas y confusas al concretarse a los años anteriores, sin referirse a un periodo anterior, lo que pudo claramente llevar al asegurado a considerar que las enfermedades que le fueron diagnosticadas antes de este periodo, o no persistían en la actualidad, o estaban excluidas de esta pregunta. Estas claras irregularidades y confusiones, de una declaración de salud, no puede, aprovecharse por las aseguradoras para, una vez acontecido el riesgo, anudar su desenlace a la mala fe, al dolo o a la culpa grave inherente al hecho de silenciar, supuesta o intencionadamente, padecimientos previos por los que no se le interrogó de manera clara.

Resulta fundamental en la resolución de este litigio tener en cuenta que las respuestas a tan breve cuestionario, eran realizadas por una persona que según los datos obrantes en autos, era chapista, sin especiales conocimientos médicos, que pudiera conocer el alcance y persistencia de los padecimientos previos, que le habían sido diagnosticados ocho años antes de la póliza. Sin que tampoco tuviera que conocer el asegurado si se trataba de enfermedades hepáticas como se le preguntaba, ni se estas persistían de manera crónica y continuada durante toda su vida. Desde luego no se le exploró médicamente o simplemente se prefirió ignorar toda circunstancia previa para asegurar la contratación, cobrar sus primas periódicas

y, llegado el caso de tener que asumir su cobertura y obligaciones contractuales, obligar al asegurado a una dificultosa prueba, casi imposible para el demandante, en el caso de autos con la que demostrar que su causante no actuó de mala fe.

Así pues, no es posible valorar en su exacta medida el dolo sostenido en la sentencia apelada, que sin ninguna prueba objetiva, se reprocha al ya fallecido. Sin más objetivo que el tratar de liberarse del cumplimiento de una póliza de seguro de vida de la que la propia aseguradora, no fue realmente concreta en el cuestionario al que sometió al tomador, de modo que reducir el mismo a tres preguntas únicamente de modo genérico y dos de ellas las relevantes según la aseguradora, concretada a los últimos cinco años resultando confusas y engañosas, para su contestación por una persona sin formación suficientes, como era el tomador. Lo que determina que de tan deficiente confección de la declaración de salud las consecuencias que se generen, por respuestas imprecisas deben vincular a la aseguradora y no a la asegurada o lo que es igual, sin derecho a que los efectos contrarios al aseguramiento pactado y cobrado durante más de un año se desplace contra ésta o sus herederos, en posición contraria a la Doctrina legal expuesta. Por otro lado carecen de relevancia las alegaciones hechas acerca de los padecimientos previos, que aunque los padeciera, que los padecía, por no existir relación entre dicho padecimiento y la producción del siniestro, hemorragia cerebral, cuya causalidad no se ha demostrado.

El error en su caso en la valoración del riesgo que asumía la aseguradora demandada podría ser calificado como inexcusable o en todo caso solo a ella misma imputable, como sustenta la resolución del Tribunal Supremo Sala 1ª, de fecha 3-1-2006, que así lo vino a considerar atendiendo a "los muy imprecisos términos en que se hallaba redactado el parquísimo cuestionario , tres preguntas ciertamente ambiguas, genéricas e imprecisas, por dicha aseguradora elaborado ... puesto que la redacción del cuestionario y en la forma procedente y que fuese necesaria para obtener una información ajustada a la realidad pesaba, a modo de carga precontractual, sobre la misma y como aseguradora, y así lo entiende la doctrina científica, y habida cuenta además que no estimó oportuno, cuando pudo haberlo hecho, obtener más información o una información más adecuada y completa acerca del estado de salud del futuro tomador mediante el ejercicio de la facultad o posibilidad unilateral y precontractual que se reservaba de forma expresa". Por lo que es evidente que ante la parquedad y términos tan confusos del cuestionario al que se somete a los tomadores, y el hecho de no haberse probado tener relación alguna el fallecimiento con las patologías anteriores y no declaradas, es procedente la revocación de la sentencia con la correlativa estimación de la demanda. Ahora bien dado que en la sentencia de instancia se fija la cantidad a abonar en la suma de

2.447,42€, en vez de la suma peticionada por la actora de 2.754,88€, y puesto que este pronunciamiento no ha sido objeto de impugnación por la apelante se mantiene la citada cifra.

#### CUARTO

En lo relativo a los intereses por aplicación del Art. 1.108 del CC se devengarán desde la fecha del siniestro.

#### QUINTO

En cuanto a las costas se debe considerar la estimación de la demanda interpuesta por D<sup>a</sup>. como sustancial ante la escasa diferencia entre la cantidad pretendida, y aquella a la que se condena en esta resolución, lo que implica la imposición de costas a la demandada MAPFRE VIDA, revocando la no imposición de costas de la sentencia de instancia.

#### SEXTO

La estimación del recurso de apelación interpuesto por D<sup>a</sup>. determina la no imposición de costas, de conformidad con el Art. 398 de la LEC

VISTOS los preceptos y citados y demás de general y pertinente aplicación.

#### FALLO

Que debo **estimar y estimo** el recurso de apelación interpuesto por D<sup>a</sup>. contra la sentencia de fecha dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 58 de MADRID, en autos de Juicio Verbal nº 1214/2010, y procede:

1

**REVOCAR** la expresada resolución, estimando sustancialmente la demanda interpuesta por D<sup>a</sup>. contra MAPFRE VIDA, condenando a la demandada a abonar a la demandante la suma de 2.447,42€. Suma que devengará el interés legal desde la fecha del siniestro.

2

Se imponen las costas de Primera Instancia a la demandada MAPFRE VIDA.

3

Sin imposición de costas en esta alzada.

Notifíquese a las partes haciéndoles saber que contra esta sentencia no cabe interponer recurso

Devuélvase los autos al juzgado de procedencia, con testimonio de esta resolución, interesándose acuse de recibo.

Así, por esta mi Sentencia, de la que se unirá certificación literal al rollo de apelación, lo pronuncio, mando y firmo.

**PUBLICACION.-** Dada y pronunciada fue la anterior Sentencia por la Ilma. Magistrada Ponente que la firma y lee en el mismo día de su fecha, de lo que yo la Secretario certifico.