

Audiencia Provincial

AP de Málaga (Sección 5ª) Sentencia num. 34/2008 de 28 enero

SEGURO: DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: incumplimiento: improcedencia: póliza -de vida e invalidez permanente absoluta- asociada a un préstamo hipotecario: modificación decidida unilateralmente por la entidad crediticia: ausencia de conducta dolosa de la asegurada: cuestionario de salud no cumplimentado por la actora, sino por el empleado de la entidad financiera que tramitó el cambio de póliza sin protesta alguna ni supervisión de la aseguradora; **OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR:** pago de la indemnización: procedencia: estrecha relación existente entre las entidades codemandadas: unidad de actuación entre ellas: no puede constituirse en causa justificativa de su negativa a asumir las responsabilidades, ni en rechazo de la solidaridad, cuando se produce el siniestro asegurado: ambas entidades forman parte de un mismo grupo financiero y existe una comunidad de intereses entre ellas; **SEGURO DE VIDA:** reclamación de cantidad: procedencia: incapacidad permanente absoluta: traspaso de la póliza a otra entidad perteneciente al mismo grupo financiero: comunidad de intereses entre ellas.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 427/2007

Ponente:Ilmo. Sr. D. Hipólito Hernández Barea

La Audiencia Provincial de Málaga **declara no haber lugar** al recurso de apelación interpuesto contra la Sentencia de fecha 24-11-2006 dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de Málaga.

En Málaga, a 28 de enero de dos mil ocho.

Vistos en grado de apelación, ante la Sección Quinta de esta Audiencia Provincial, los autos de juicio ordinario procedentes del Juzgado de Primera Instancia número Uno de Málaga, sobre cumplimiento de contrato, seguidos a instancia de Doña contra la entidad "Cajamar" (Caja Rural Intermediterránea SCC) y contra "La Estrella, SA" (Compañía de Seguros y Reaseguros); pendientes ante esta Audiencia en virtud de

recurso de apelación interpuesto por las demandadas contra la sentencia dictada en el citado juicio.

ANTECEDENTES DE HECHO.

PRIMERO

El Juzgado de Primera Instancia número Uno de Málaga dictó sentencia de fecha 24 de noviembre de 2006 en el juicio ordinario del que este Rollo dimana, cuya parte dispositiva dice así:

"Que ESTIMANDO la demanda deducida por el Procurador Sr./a., en nombre y representación de D/a. contra CAJAMAR (Caja Rural Intermediterranea SCC) y LA ESTRELA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, representadas por los Procuradores, DEBO DECLARAR Y DECLARO que la declaración de la actora en situación de invalidez permanente absoluta para todo tipo de trabajo por resolución de 21 de febrero de 2005 es un riesgo cubierto por la póliza suscrita con la codemandada LA ESTRELLA, quien adeuda en concepto de indemnización a la actora el total importe del capital asegurado que asciende a 62.250 euros y que CAJAMAR es responsable solidaria junto con LA ESTRELLA, como consecuencia de su actuación, y, en su consecuencia, DEBO CONDENAR Y CONDENA a ambas demandadas a estar y pasar por esta declaración, y a que abonen de forma solidaria a la actora la cantidad de 62.250 euros, para su aplicación en los términos recogidos en el apartado BENEFICIARIOS de la póliza de fecha 5 de agosto de 2004, así como al pago de los intereses legales correspondientes, que se determinarán en aplicación del art. 20 de la LCS; todo ello con expresa condena solidaria en costas a las demandadas".

SEGUNDO

Contra la expresada sentencia interpusieron, en tiempo y forma, recurso de apelación las representaciones respectivas de las demandadas, el cual fue admitido a trámite dándose traslado del escrito en el que constan los motivos y razonamientos del mismo a la otra parte para que en su vista alegase lo que le conviniese. Cumplido el trámite de audiencia se elevaron los autos a esta Audiencia, y tras su registro se turnaron a ponencia quedando pendientes de deliberación y fallo.

TERCERO

En la tramitación del recurso se han observado las prescripciones legales, siendo Ponente el Ilmo. Sr. D. Hipólito Hernández Barea. Habiendo tenido lugar la deliberación previa a esta resolución el día 2 de julio de 2007.

FUNDAMENTOS DE DERECHO.

Aceptando los fundamentos jurídicos de la sentencia recurrida.

PRIMERO

Considerando que por la representación procesal de la entidad "Cajamar", como parte apelante, se solicitó la revocación de la sentencia recurrida y el dictado de otra en esta alzada que, con desestimación de la demanda, absolviere a la entidad de crédito de cuantos pedimentos se habían formulado en su contra. Como primer motivo de su recurso alegó la apelante error de hecho en valoración de la prueba en cuanto la sentencia establece como hecho probado, en el que descansa la condena de la apelante, que la actora fue llevada a la firma del segundo seguro suscrito con "La Estrella" por las manifestaciones de los empleados de la oficina de "Cajamar" en el sentido de que este nuevo seguro era el mismo que el primero, o continuación de éste, razón por la cual firmó en tal creencia. Sobre la base de declarar un error no imputable a la actora, declara la obligación de indemnización de la entidad aseguradora basada en el contrato, y la de "Cajamar" sin cita de los razonamientos por los cuales es responsable solidaria. En opinión de la apelante la prueba demuestra que no existió falta de consentimiento en el segundo contrato de seguro, y de haber existido error que llevase a la actora a la firma del segundo contrato de seguro, a éste no fue llevada por "Cajamar". Como segundo motivo del recurso alega la entidad de crédito apelante la infracción por no aplicación de la legislación civil general para determinar su responsabilidad civil; la demanda sustenta el "petitum" en la infracción de normativa protectora de los consumidores y usuarios, es decir, no la sustenta como parece sustentarla la sentencia en las acciones derivadas del contrato de seguro, y ello porque es evidente que "Cajamar" no aparece como obligada en ninguno de los seguros. No es lógico que se solicite su condena solidaria junto a la compañía aseguradora sobre la base de unos incumplimientos de la normativa protectora de los consumidores y usuarios. En tercer lugar alegó la aplicación indebida de la Ley del Contrato de Seguro con respecto a "Cajamar", dado que no tiene asumida en el contrato de seguro obligación alguna, solo el derecho a cobrar de la aseguradora, si se da el caso, y por tanto no existe acción alguna contra ella basada en el contrato de seguro. Del mismo modo y como cuarto motivo indicó que se aplica de nuevo indebidamente la Ley del Contrato de Seguro en cuanto a la solidaridad de la condena, y ello porque el artículo 1137 del Código Civil establece que la solidaridad en las obligaciones solo se dará cuando expresamente éstas lo determinen. Y la sentencia recurrida establece una solidaridad que la Ley no determina, y que el Juez tampoco fundamenta en precepto legal o doctrina jurisprudencial alguna. Por último y como quinto motivo de su recurso entiende

aplicada de nuevo indebidamente la Ley del Contrato de Seguro en cuanto a los intereses de demora. Dado que, como se ha argumentado a lo largo del recurso, la responsabilidad de "Cajamar" no derivaría del contrato de Seguro, no le sería de aplicación el artículo 20 de la Ley del contrato de Seguro, y por tanto los intereses serían los fijados en la legislación civil general.

SEGUNDO

Considerando que por la representación procesal de la aseguradora "La Estrella, SA", también como parte apelante, se solicitó igualmente la revocación de la sentencia recurrida y el dictado de otra en esta alzada que, con desestimación de la demanda, absolviere a dicha entidad aseguradora de las peticiones contenidas en la misma frente a ella. En primer lugar alega la apelante que la sentencia reconoce implícitamente que la información proporcionada por la demandante a la aseguradora en el cuestionario de salud fue falsa y, consecuentemente, suficiente por sí sola para viciar el consentimiento contractual prestado por la aseguradora en el contrato de seguro. También reconoce la sentencia que la actora inició su proceso de incapacidad temporal que concluyó sin solución de continuidad en la incapacidad permanente absoluta en fecha 19-03-04 en la que la aseguradora no tenía suscrito aun ningún contrato de seguro con la actora, pues éste fue contratado y desplegó sus efectos únicamente a partir del día 5-08-04 y no antes. E igualmente reconoce la sentencia que la demandante firmó personalmente tanto el cuestionario de salud con información falsa como la póliza de seguro con efectos a partir del 5-08-04, aunque se especifica que realmente firmó ambos documentos inducida a error por el personal de la entidad crediticia codemandada "Cajamar" que la atendió en la sucursal de ésta. Ante estos hechos reconocidos en la sentencia, que apuntan indefectiblemente a la desestimación de la demanda, al menos frente a la aseguradora, el Juez "a quo" justifica el pronunciamiento condenatorio en base a un error en el consentimiento prestado por la demandante, error motivado porque el personal de la codemandada "Cajamar", que le entregó el nuevo cuestionario de salud y la póliza de seguro, no le informó o le informó mal de su contenido, y ello provocó que la actora -según la fundamentación de la sentencia- firmase los documentos de cambio de póliza y cuestionario nuevo de salud, pero no que aceptase un cambio sustancial de seguro de vida, pues ella pensaba que sólo cambiaba la aseguradora y la cuota, ni que declarase personalmente de nuevo sobre su salud. Entiende la apelante que, sobre estos presupuestos, no puede ser condenada por un error de voluntad o consentimiento en el que no intervino, ya que, si se da por cierto que la demandante fue inducida a engaño por el empleado de "Cajamar" que la atendió cuando suscribió el cuestionario de salud y la póliza de fecha 5-08-04, la aseguradora no intervino en esa conversación o acto de firma en que, sin embargo, tanto la demandante como

tomadora-asegurada así como la codemandada "Cajamar" como beneficiaria de la póliza, tenían un interés cierto y directo en que la aseguradora aceptara la información del cuestionario de salud como verdadera y diera su consentimiento a la póliza; siendo inaceptable en términos económicos para una aseguradora suscribir una póliza de invalidez a una persona que se encuentra ya desde varios meses atrás en proceso de declaración de invalidez laboral permanente. "Cajamar" no es agente de seguros ni representante de "La Estrella", y no cuenta con ningún tipo de consentimiento para expresarse en nombre de la aseguradora ni para actuar por cuenta de ella. Con carácter subsidiario a los argumentos de la apelación y únicamente para el hipotético caso de que la Sala estimara que no deben ser acogidos, mostró también su rechazo al criterio temporal aplicado en la sentencia para identificar la aseguradora que debe asumir el pago de la indemnización: la demandante inició su proceso de incapacidad temporal que concluyó en la incapacidad permanente absoluta el 19-03-04, fecha en la que "La Estrella" no tenía suscrito ningún contrato de seguro con ella, pues éste desplegó sus efectos únicamente a partir del día 5-08-04. Por el contrario, en dicha fecha inicial del 19-03-04 la demandante tenía suscrita una póliza de parecidas características con la "Compañía Rural Vida, SA de Seguros y Reaseguros". La jurisprudencia más reciente de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo llega a la unánime y pacífica conclusión de que lo decisivo es que, cuando se produce la baja temporal que concluye con la invalidez permanente, como ocurre en el presente caso, la póliza que asegura este riesgo esté vigente, y entonces se aplicará la cobertura, aunque la determinación de la invalidez a partir de la presentación del certificado médico de incapacidad se haya producido con posterioridad y la póliza ya no esté vigente. Adoptar el criterio de la fecha de la declaración de invalidez chocaría frontalmente con el contenido del artículo 4º de la Ley de Contrato de Seguro que señala que el contrato de seguro es nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido ya el siniestro, como ocurre precisamente en el caso que nos ocupa, lo cual llevaría a su irremisible nulidad. Por último, también destacó la apelante la extralimitada inocencia y candidez que, a su juicio, la sentencia atribuye a la actora, admitiéndola como aceptable y normal, cuando lo cierto es que no puede compartirse el error en el consentimiento de la actora a la vista de que no efectuó ningún tipo de reproche teniendo el documento delante, perfectamente visible y sin coacciones, y haciendo diversas afirmaciones falsas que cada una por sí sola hubiera impedido el consentimiento contractual de la aseguradora de haber conocido su falsedad.

TERCERO

Considerando que por la representación de la demandante, como parte apelada, se pidió la confirmación de la sentencia recurrida por sus propios fundamentos de

derecho, añadiendo como cuestión previa que el material probatorio obrante en autos demuestra que entre las sociedades demandadas existe una directa y estrecha relación de intereses, ya que ambas forman parte del mismo grupo financiero, hasta el punto que la entidad "Cajamar" aparece como titular del 99% prácticamente del capital de la mercantil "La Estrella", de forma que no pueden aparentar ni pretender un tratamiento diferenciado frente a la actora cuando la actuación combinada de ambas entidades ha constituido la base determinante del presente pleito. En definitiva, por estricta e ineludible exigencia de la apelante "Cajamar" se impone a la Sra. como condicionante del préstamo hipotecario concedido, la contratación de una póliza que asegurase el reintegro de la parte de préstamo correspondiente a dicha señora en caso de fallecimiento o invalidez permanente, precisamente en una compañía integrada en su grupo financiero; y posteriormente, también de forma unilateral y sin mediar petición ni solicitud de la Sra. decide traspasar la póliza a "La Estrella", también componente del mismo grupo financiero, en la forma abusiva y sorpresiva descrita en la sentencia ahora apelada, como lo evidencia el hecho que la segunda declaración de salud ni siquiera aparece cumplimentada por la asegurada, sino que aparece extendida en un impreso ya relleno a través de impresión informática de las demandadas. Es decir, que cuando la Sra. comparece en la oficina de "Cajamar" para lo que se le dice que es solo un cambio meramente formal de entidad aseguradora, se le tiene ya preparado e impreso un formulario cuyo contenido desconoce la interesada en su totalidad. Por su parte, la aseguradora codemandada y apelante consiente y autoriza que los impresos de la nueva póliza sean cumplimentados por personal que no es suyo y en las oficinas de "Cajamar", dando así por bueno y válido lo actuado por ésta. Consecuencia de lo expuesto es que la estrecha relación existente entre las entidades codemandadas y ahora apelantes y la unidad de actuación entre ellas no puede constituirse en causa justificativa de su negativa a asumir las responsabilidades, ni en rechazo de la solidaridad, cuando se produce el siniestro asegurado, esto es, la declaración de la actora en situación de invalidez permanente absoluta para todo trabajo, constando la vigencia de la póliza y encontrándose la asegurada al corriente en el pago de las primas del seguro, sin que puedan desvirtuar las responsabilidades declaradas en la sentencia apelada, el alegato de la entidad de crédito de no ser aseguradora, ni el de la aseguradora de haberse faltado a la verdad en la declaración de salud, pues ambas entidades forman parte de un mismo grupo financiero y existe una comunidad de intereses entre ellas. Por último resalta la apelada que, no por casualidad, ninguna de las apelantes impugna el pronunciamiento de la sentencia que establece que la declaración de la actora en situación de invalidez permanente absoluta para todo tipo de trabajo es un riesgo cubierto por la póliza suscrita con la codemandada "La Estrella". Entendiendo que estos argumentos resultan suficientes para la

desestimación de ambos recursos de apelación, formula no obstante la apelada oposición a cada uno de ellos: En cuanto al recurso de "Cajamar", respecto del error de hecho en la valoración de la prueba la parte apelante lo basa, no en el error de apreciación de pruebas por parte del Juez de Instancia, sino en un error de valoración, ignorando u olvidando que la facultad de valoración de las pruebas es facultad insustituible del Juzgador, sin más limitaciones que las reglas de la sana crítica, que no puede ser suplantada por el criterio subjetivo de una de las partes litigantes; pero es que, además, la entidad recurrente pretende residenciar el error del juzgador en dos presunciones, la formación cultural de la actora y el hecho de haber firmado un nuevo seguro, lo que en modo alguno resulta de recibo, ya que lo acreditado en autos es la forma abusiva utilizada por esta apelante para sorprender la buena fe de la actora y obtener de ella la conformidad a un cambio de compañía aseguradora que nunca solicitó. Respecto a la alegada infracción por inaplicación de la normativa generadora de la responsabilidad, es evidente que la sentencia recurrida aprecia sin ningún género de dudas el proceder abusivo de "Cajamar" situada en la posición de prepotencia que le confiere su condición de prestamista y parte integrante del mismo grupo financiero de la aseguradora, y obligando a la Sra. a suscribir unos documentos ya cumplimentados. Respecto a la aplicación indebida de la Ley de Contrato del Seguro la sentencia sanciona la integración de ambas en el mismo grupo financiero y la forma combinada de ambas para la obtención de las firmas de la actora, así como el beneficio que para las dos entidades representa el rechazo del siniestro: la aseguradora se evita el pago del capital asegurado y la entidad de crédito, titular del grupo financiero, se lucra del beneficio obtenido por la aseguradora. Respecto de la indebida aplicación a "Cajamar" de la condena solidaria, derivada de la Ley de contrato de seguro, si bien es cierto que en la fundamentación jurídica de la sentencia apelada no se contiene un análisis detallado de las causas determinantes de la condena solidaria impuesta a las dos entidades demandadas, no es menos cierto que en la parte dispositiva de la sentencia se consigna textualmente que "Cajamar" es responsable solidaria junto con la aseguradora como consecuencia de su actuación. Es decir, establece la solidaridad de la condena por el procedimiento abusivo y sorpresivo utilizado para modificar el inicial contrato de seguro impuesto por a la demandante, de acuerdo con la doctrina reiterada y constante de los Tribunales, que incuestionablemente vienen sancionando con la solidaridad de la condena frente a los intervinientes en la generación del daño, y ello en aplicación de un elemental principio de justicia distributiva. Respecto a la indebida aplicación del tipo de interés de demora establecido en la Ley del Contrato de Seguro: si se establece como adecuada la condena solidaria impuesta en la sentencia a las entidades demandadas, razones de congruencia jurídica determinan que el tipo de interés aplicable, al ser la cuestión litigiosa las consecuencias de un contrato de seguro, deba

ser el regulado por la Ley específica, ya que la condena solidaria deriva de la actuación combinada de ambas demandadas. En cuanto al recurso de "La Estrella", alega en su primer motivo que no tenía conocimiento de las circunstancias en que el personal de "Cajamar" obtuvo viciadamente la firma de los documentos suscritos por la actora y que, de haberlos conocido, nunca hubiera suscrito la póliza, pero omite decir que ambas entidades conforman un mismo grupo financiero con comunidad de intereses, que conocía perfectamente que la póliza que se firmaba venía a sustituir a otra vigente hasta entonces sin que la actora jamás solicitase un cambio de póliza ni suscribir ninguna nueva, así como que la aseguradora, haciendo dejación de sus derechos, no utilizó la práctica habitual de las aseguradoras de recabar un reconocimiento médico como requisito previo a la formalización del nuevo seguro. Con carácter subsidiario pretende que se le exima de responsabilidad por datar los padecimientos de la actora de fecha anterior a la de su póliza, pretensión que no puede sostenerse en derecho, toda vez que la cuestión litigiosa primeramente planteada es el pronunciamiento relativo a que la declaración de la actora en situación de invalidez permanente absoluta para toda clase de trabajo es un riesgo cubierto por la póliza suscrita con la codemandada que no ha sido objeto de impugnación por parte de la sociedad recurrente. En este sentido no puede perderse de vista que la Sra. Dolores tenía suscrita y vigente con la primitiva aseguradora una póliza de vida e invalidez permanente para cancelar el capital de hipoteca pendiente al momento de la contingencia, datando de un momento anterior a la aparición de los padecimientos determinantes de la declaración de invalidez, póliza que "Cajamar" decide unilateralmente sustituir por un nuevo seguro con "La Estrella", a quien la actora nada solicita, y que esta entidad en combinación con la otra consiente y hace entrega de la documentación a ésta última, para que sea ella quien realice las gestiones de la nueva contratación con la actora. No puede por tanto llamarse a engaño ni considerarse perjudicada por lo actuado en su nombre y con su conformidad por la codemandada, máxime estando ambas empresas integradas en el mismo grupo financiero.

CUARTO

Considerando que establece el Juez "a quo" como acreditado al derivar de la prueba practicada que la demandante y hoy apelada, Sra. suscribió un préstamo hipotecario el 25 de marzo de 2003 con la demandada "Cajamar" por un principal de 130.000 euros, que dio lugar a la constitución de un seguro de vida, por exigencia de la apelante "Cajamar", que, a pesar de la garantía hipotecaria, impuso a la Sra. como condición al otorgamiento del préstamo hipotecario, la contratación de una póliza que asegurase el reintegro de la parte de préstamo vigente al tiempo de su posible fallecimiento o declaración de invalidez permanente. En dicho contrato de seguro,

que la demandante, como tomadora y asegurada, suscribió con la entidad "Rural Vida, SA de Seguros y Reaseguros" -compañía integrada en el grupo financiero de "Cajamar"- designó como beneficiaria a la citada entidad prestamista. En fecha 5 de agosto de 2004, como luego se detallará, se produce un cambio subjetivo en el contrato -la aseguradora- y otro objetivo: la modificación del capital asegurado y de la prima a abonar, manteniendo en cambio que la declaración de la actora en situación de invalidez permanente absoluta para todo tipo de trabajo es un riesgo cubierto por la póliza suscrita con la codemandada "La Estrella". Así, de forma unilateral por no mediar petición ni solicitud de la Sra. Dolores, decide "Cajamar" traspasar la póliza a la aseguradora "La Estrella", también perteneciente al mismo grupo financiero, evidenciando este hecho que esta segunda declaración de salud no aparece cumplimentada por la asegurada, sino que aparece extendida en un impreso rellenado a través de impresión informática por una u otra de las demandadas. Cuando la Sra. comparece en la oficina de "Cajamar" para lo que se le dice que es solo un cambio meramente formal de entidad aseguradora, se le tiene ya preparado e impreso un formulario cuyo contenido desconoce la interesada en su totalidad. Por su parte está conforme esta Sala con que la aseguradora codemandada y apelante consintió y autorizó que los impresos de la nueva póliza fueran cumplimentados por personal distinto al suyo y en las oficinas de "Cajamar", estableciéndose así la presunción de que dio por bueno y válido lo actuado por los empleados de ésta. El 21 de febrero de 2005, la actora es declarada en incapacidad permanente absoluta, y ello después de sufrir un proceso depresivo con incapacidad temporal desde el 19 de marzo de 2004. Ante tales hechos dice bien la apelada que la estrecha relación existente entre las entidades codemandadas y ahora apelantes y la unidad de actuación entre ellas no puede constituirse en causa justificativa de su negativa a asumir las responsabilidades, ni en rechazo de la solidaridad, cuando se produce el siniestro asegurado, esto es, la declaración de la actora en situación de invalidez permanente absoluta para todo trabajo, constando la vigencia de la póliza y encontrándose la asegurada al corriente en el pago de las primas del seguro, sin que puedan desvirtuar las responsabilidades declaradas en la sentencia apelada, el alegato de la entidad de crédito de no ser aseguradora, ni el de la aseguradora de haberse faltado a la verdad en la declaración de salud, pues ambas entidades forman parte de un mismo grupo financiero y existe una comunidad de intereses entre ellas, hasta el punto que la entidad "Cajamar" aparece como titular del 99% prácticamente del capital de la mercantil "La Estrella", de forma que no pueden aparentar ni pretender un tratamiento diferenciado frente a la actora cuando la actuación combinada de ambas entidades ha constituido la base determinante del presente pleito. Se acogen tales hechos como probados porque en materia de valoración de la prueba tiene declarado reiteradamente esta Sala, siguiendo doctrina jurisprudencial

que es pacífica, que la amplitud del recurso de apelación permite al Tribunal "ad quem" examinar el objeto del pleito con igual potestad con que lo hizo el Juez "a quo", y que por tanto no está obligado a respetar los hechos que éste declaró probados en cuanto no alcanzan la inviolabilidad que tienen en otros recursos como los extraordinarios, y en especial en el de casación. Ahora bien, conviene recordar del mismo modo que es también doctrina jurisprudencial reiterada que cuando la cuestión debatida por vía de recurso de apelación es, en definitiva, la valoración de la prueba llevada a cabo por el juzgador de la instancia sobre la base de la actividad desarrollada en el juicio oral, la observancia de los principios de inmediación, oralidad y contradicción a que esa actividad se somete conducen a que, por regla general, deba concederse singular autoridad a la apreciación de la prueba llevada a cabo por dicho juzgador, a cuya presencia se practicaron; y ello porque es el Juez "a quo", y no el Tribunal de la alzada, el que goza de la especial y exclusiva facultad de intervenir en la práctica de la prueba y de valorar su resultado, lo que justifica que deba respetarse -en principio- el uso que haya hecho el Juez de su capacidad para apreciar esas pruebas practicadas en juicio, siempre que tal proceso valorativo se motive o razone adecuadamente en la sentencia, de suerte que únicamente su criterio valorativo debe rectificarse cuando por parte del recurrente se ponga de relieve un evidente fallo en el razonamiento lógico o en el "iter" inductivo del juzgador de instancia, o cuando se alcancen conclusiones arbitrarias o absurdas. Salvo en tales casos es plenamente soberano para dar más crédito a unos testimonios que a otros, para poder otorgar mayor valor a una pericial que a otra, y para valorar conforme a las reglas legalmente establecidas los documentos aportados por las partes al litigio, pues ello forma parte de lo que en definitiva es la valoración judicial de la prueba. Así las sentencias del Tribunal constitucional 169/90, 211/91 y 283/93, entre otras.

QUINTO

Considerando que bajo este prisma concluye acertadamente el juzgador que la actora, aunque firmó los documentos relativos al cambio de póliza y al nuevo cuestionario de salud, no estaba en la creencia ni aceptó un cambio sustancial en su seguro de vida, pues pensaba -inducida por la entidad de crédito codemandada- que sólo cambiaban la aseguradora y la cuota a la vez que ajustaban el capital, y se limitó a estampar su firma sobre los documentos que, ya redactados, le fueron presentados por la beneficiaria del seguro tomando como base los datos obrantes en las declaraciones anteriores recogidas en la póliza que en ese momento se modificaba, y ello a ciencia y paciencia de la nueva aseguradora que, no solo consintió en el uso de sus impresos a tal fin, sino que sin revisión alguna por su parte comenzó a cobrar la prima sin oponer entonces la batería de excusas que articula ahora en el litigio. También la interpretación de los contratos, tal y como pone de relieve la misma

resolución impugnada, constituye una función privativa del Juez "a quo" que ha de ser mantenida en vía de recurso a no ser que se desenvuelva de forma manifiestamente anómala y absurda, conduciendo a exégesis erróneas, ilógicas, o conculcando preceptos legales, es decir, que represente un ataque frontal y manifiesto a las reglas hermenéuticas establecidas en los artículos 1.281 a 1.289 del Código Civil, o a las de la más pura lógica y recto criterio. En este sentido el fondo del asunto es básicamente la determinación del concreto contenido del contrato, para lo que es preciso comprobar sobre qué materia ha recaído el consentimiento contractual y, por lo tanto, si la asegurada consintió conscientemente o no a lo que de contrario se pretende como un nuevo y actualizado contrato de seguro de vida para cuya suscripción debía formularse una actualizada declaración de salud. Tal alegación resulta ser carga probatoria de la aseguradora, que opone la idea de que al suscribir el nuevo seguro la actora falseó los datos referentes a la evolución de su enfermedad; y ha de acreditar la concurrencia, no ya de tal falsedad, sino previamente de la alegada y efectiva aceptación de la Sra. a lo que sería, no una modificación puntual del contrato a instancia de la entidad beneficiaria, sino una novación del contrato en toda regla. En este punto el Tribunal, una vez examinada de nuevo y con carácter definitivo la prueba practicada en la instancia, comparte la convicción alcanzada por el Juez "a quo" sobre la existencia al menos en el presente caso de una razonable duda que ha de resolverse favorablemente a la asegurada, por tratarse de un típico contrato de adhesión cuyo texto se hizo inicialmente por la empresa aseguradora y se presentó en colaboración con ella por la entidad de crédito a la asegurada, y por ello -así el artículo 1288 del Código Civil- no pueden cargar las consecuencias de la oscuridad del trámite a la contraparte en cuanto no solicitó ni intervino activamente en la modificación operada en el seguro originario. Conclusión del juzgador de la instancia cuya prevalencia sobre la de las apelantes interesadas ha de mantenerse por su mayor objetividad y por recaer sobre materia de interpretación contractual que, no sólo no es absurda, ilógica ni contraria a precepto legal alguno, sino que se revela correcta como seguidamente se expondrá.

SEXTO

Considerando que La Ley de Contrato de Seguro contempla en efecto en su artículo 10 el deber del tomador 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; precepto que prevé la liberación de la compañía cuando la inexactitud u omisión se deba a dolo o culpa grave. Habrá pues que determinar en cada caso si se ha producido la omisión de circunstancias susceptibles de tener relevancia en la valoración del riesgo y, por tanto, en la efectiva contratación del seguro, debiendo remarcarse que la conducta negligente por parte

del tomador que no se pueda calificar de grave tampoco liberará de su deber de prestación a la aseguradora, incumbiendo en todo caso a esta última, como ya se ha dicho, la prueba de la concurrencia del dolo o culpa grave. En otras circunstancias no cabe duda de que la firma del cuestionario unido a la nueva póliza llevaría a presumir que asumió la asegurada su íntegro contenido y, por tanto, que falseó la declaración acerca de su estado de salud en el momento de concertar la póliza. Sin embargo, nos encontramos ante una póliza -de vida e invalidez permanente absoluta- asociada a un préstamo hipotecario concertado con "Cajamar", suscrita por tanto ya de principio en especiales condiciones subjetivas y objetivas, y modificada al menos por sugerencia de la prestamista en la propia sucursal crediticia y como un trámite accesorio más de la operación principal: el propio préstamo. Circunstancias que, a los fines ahora analizados, se han de tener en cuenta para valorar la conducta de la actora cuya intención era, inicialmente, obtener de "Cajamar" un crédito para la adquisición de determinado inmueble y no concertar un seguro con la aseguradora codemandada. Posteriormente, al tiempo de la modificación decidida unilateralmente por la entidad crediticia, es todavía más improbable que pueda recaer responsabilidad en la asegurada, hoy actora, a quien no cabe imputar infracción del deber de declaración, ni que por ello haya actuado con dolo como exige el artículo 89 de la Ley de Contrato de Seguro pues es preciso recordar, como hace el Juez "a quo", que la conducta dolosa no se presume, sino que debe ser probada inequívocamente por quien la invoca; y son las demandadas las que imputan mala fe a la demandante por no declarar su enfermedad en la modificación de la póliza, mala fe que no prueban en absoluto en tanto que lo que se acredita es que la actora no fue suficientemente informada de las consecuencias del cambio, e incluso que fue inducida a error cuando se le informó de que se trataba de un cambio meramente formal de entidad aseguradora. Si en ningún caso informaron adecuadamente de la situación ninguna de las entidades demandadas y además tampoco le preguntaron por su estado actual de salud, deberán ser ellas las que han de soportar las consecuencias negativas de la contratación, que se traducen en asumir -una y otra- que el seguro formalizado por la Sra. Dolores data del 27 de junio de 2003, fecha en la que la actora no sufría enfermedad alguna y que, por lo tanto deben hacerse cargo de las obligaciones derivadas del contrato de seguro de vida por concurrir el riesgo asegurado, si bien con los cambios de entidad, capital asegurado y prima reconocidos por la actora en la modificación de la póliza realizada en agosto de 2004. Y ello también porque el discutido cuestionario de salud no lo cumplimentó materialmente la Sra. Dolores, sino el empleado de la entidad financiera que tramitó el cambio de póliza sin protesta alguna ni supervisión de la aseguradora, y porque resulta francamente inverosímil la hipótesis de que la prestataria y asegurada consiguiera sorprender la buena fe de ambas entidades ocultando en el repetido cuestionario de salud la enfermedad que

en todo caso había sobrevenido al inicial seguro contratado, que podía haber seguido vigente de no mediar el cambio unilateral propiciado por la Caja de Ahorros y consentido, en las condiciones que se han descrito, por la Compañía de Seguros. Es, pues, perfectamente creíble la tesis de la Sra. de que no se detuvo en leer, ni le fue leído, el repetido cuestionario de salud ya cumplimentado, sino que se limitó a firmarlo entre los otros documentos que se le presentaron para tramitar la simple modificación "sin importancia" del seguro en su día suscrito. Es absurdo, en consecuencia, mantener que deliberadamente intentó ocultar la enfermedad que padecía cuando ya la tenía cubierta por la póliza originaria evidentemente desde antes de que surgiera. Y es obvio que una maniobra como la reseñada, de imposición sorpresiva a un consumidor de un cambio en su contrato de seguro al que se le quita la trascendencia que en otro caso tendría, es una conducta contraria a un elemental principio de buena fe y notablemente abusiva que entraña al menos un vicio del consentimiento, susceptible de producir el efecto jurídico solicitado en la demanda. Por lo que, con desestimación expresa de los motivos de recurso alegados por "Cajamar", en relación con su ausencia de responsabilidad en cuanto, si hubo error en la demandante, no lo causó la entidad, y en que no intervino en el contrato de seguro, y en que no cabe ni la solidaridad en la condena decretada, ni los intereses moratorios fijados; y con desestimación expresa también de los argumentos formulados por "La Estrella", en relación con su ausencia de responsabilidad en cuanto la demandante facilitó información falsa que vició el consentimiento de la aseguradora, y en que su incapacidad ya estaba declarada al tiempo de suscripción de la póliza, y en que no intervino en la formación del supuesto error de la actora; debe confirmarse la sentencia ahora revisada, incluso en lo que dispone sobre las costas causadas en la primera instancia.

SÉPTIMO

Considerando que, al no prosperar el recurso y ser de aplicación a esta alzada en materia de costas el artículo 398 de la Ley Procesal, debe condenarse a la parte apelante al abono de las causadas con la apelación.

FALLAMOS.

Vistos los preceptos citados y demás de aplicación.

Que, desestimando el recurso de apelación interpuesto por las respectivas representaciones de la entidad "Cajamar" (Caja Rural Intermediterránea SCC) y de la aseguradora "La Estrella, SA" (Compañía de Seguros y Reaseguros) contra la sentencia dictada en fecha veinticuatro de noviembre de 2006 por el Juzgado de Primera Instancia número Uno de los de Málaga en sus autos civiles 1375/2005,

debemos confirmar y confirmamos íntegramente dicha resolución dando por reproducidos cuantos pronunciamientos contiene en su parte dispositiva y condenando expresamente a las apelantes al abono de las costas causadas en esta alzada. Notifíquese esta resolución en legal forma haciendo saber a las partes que contra la misma no cabe recurso ordinario alguno.

Devuélvase los autos originales, con testimonio de ella, al Juzgado de su procedencia a sus efectos.

Así por esta nuestra sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos. No firmando por imposibilidad el Magistrado Sr. Antonio Torrecillas Cabrera, aunque votó en Sala. Y haciéndolo en su lugar el Presidente.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior resolución por el Ilmo. Sr. Magistrado Ponente, celebrándose audiencia pública. Doy fe.