

Audiencia Provincial

AP de Barcelona (Sección 14ª) Sentencia num. 41/2014 de 13 febrero

SEGURO: DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: OBLIGACION DEL TOMADOR ANTES DE LA CONCLUSION DEL CONTRATO: incumplimiento: improcedencia: póliza de seguro de vida individual: invalidez absoluta: cuestionario de salud: ocultación de datos sobre su salud y especialmente el antecedente depresivo: inexistencia de dolo o culpa grave: cuestionario formulado con carácter genérico: falta de acreditación de ocultación alguna respecto a la salud del asegurado en el momento de suscribir la póliza.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 882/2012

Ponente:Illma. Sra. Aurora Figueras Izquierdo

AUDIENCIA PROVINCIAL

DE BARCELONA

SECCIÓN CATORCE

Rollo de apelación 882/2012

Juzgado de Primera Instancia 3 de Igualada

Juicio Ordinario 509/2011

SENTENCIA núm. 41/2014

Ilmos Sres. Magistrados:

D. Agustín Vigo Morancho

Dª. Marta Font Marquina

Dª. Aurora Figueras Izquierdo

En la ciudad de Barcelona a trece de febrero de dos mil catorce.

VISTOS, en grado de apelación, ante la sección catorce de esta Audiencia provincial, los presentes autos de seguidos en el Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Igualada las actuaciones de Juicio Ordinario 509/2011 seguidos a instancia de D^a. contra SEGUROS OCASO,S.A.; los cuales penden ante esta superioridad en virtud del recurso de apelación interpuesto por la demandada contra la sentencia dictada el 23 de abril de 2012 por la Magistrada-Juez del expresado Juzgado.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Se aceptan los antecedentes de hecho de la sentencia apelada cuyo Fallo es del tenor literal siguiente: "Que estimando íntegramente como estimo la demanda formulada por la representación procesal de D^{ÑA}. contra OCASO, SOCIEDAD ANÓNIMA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, debo condenar y condeno a la demandada a abonar a la actora la cantidad de CIEN MIL EUROS (100.000 euros), que devengará un interés anual equivalente al legal del dinero incrementado en un cincuenta por ciento desde la fecha de producción del siniestro hasta su efectivo pago, y en caso de que transcurran dos años desde el siniestro sin haber pagado, el interés será del veinte por ciento. Uno y otro interés, hasta la cantidad en que coinciden, serán de devengo incompatible. Se imponen la demandada las costas causadas en el presente procedimiento."

SEGUNDO. - Contra la anterior sentencia, se interpuso recurso de apelación por la demandada, dándose traslado, y presentando oposición de contrario; elevándose las actuaciones a esta Audiencia Provincial.

TERCERO. - Se señaló para votación y fallo el 23 de enero de 2014.

CUARTO.- En el presente procedimiento se han observado y cumplido las prescripciones legales.

VISTO, siendo Ponente D^a. Aurora Figueras Izquierdo.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

Por la actora se ejercita una reclamación de cantidad frente a Ocaso, Sociedad Anónima, Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante Ocaso) solicitando la condena de la demandada a abonar a la actora la cantidad de Cien mil euros, más intereses desde la interpelación judicial, intereses de demora e intereses del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro y costas. Pretensión que ejercitaba en base a la póliza de seguro de vida individual en virtud de la cual se aseguraba la suma de 100.000 euros de capital por fallecimiento y 100.000 euros por invalidez absoluta y

permanente, siendo que en fecha 2 de junio de 2010 se dicta resolución por la que se reconoce la incapacidad permanente en grado de absoluta para todo tipo de trabajo, y pese a los requerimientos efectuados a Ocaso no ha hecho efectivo el pago.

Por la demandada se presenta oposición a la pretensión de la actora alegando en primer lugar falta de legitimación activa por la omisión consciente de la demandante en el cuestionario de salud previo a la contratación de la póliza, ocultando circunstancias por ella conocidas que podían influir en la valoración del riesgo por la aseguradora ni de las alteraciones de su salud acaecidas con posterioridad. En segundo lugar invoca falta de acción y derecho con fundamento en los mismos hechos y en los arts. 10 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro .

La Sentencia de Primera Instancia estima íntegramente la demanda en base a que en el aludido cuestionario aparecen respondidas negativamente todas las cuestiones relativas a antecedentes clínicos y de la documental obrante en autos así como de las testimoniales de los doctores Sr. y Sra. y la pericial del Sr. no existen datos concluyentes de que la asegurada actuara dolosamente o con culpa grave en la celebración del contrato. Asimismo tampoco consta como se rellenó el cuestionario ni en consecuencia el hecho de que la asegurada fuera consciente, por tener conocimiento o haber sido informada, de la trascendencia de su declaración.

Contra la sentencia se alza la demandada en base a los argumentos contenidos en su escrito de apelación, que damos por reproducido, y que en síntesis se basa en que de las pruebas practicadas es evidente que la Sra. al firmar la declaración de salud previa al contrato ocultó datos reales de salud y especialmente el antecedente depresivo que sufrió en el año 2000 y que ha continuado con distintas alternativas hasta el año 2008, omisión que fue causal para la emisión y formalización del contrato.

La adversa se opone al recurso argumentando que no sólo no ocultó ningún antecedente médico a la demandada sino que ni siquiera rellenó el cuestionario de salud limitarse a firmarlo en blanco. Asimismo reitera que la depresión sufrida en el año 2000 fue un hecho puntual ocasionado por la muerte de su padre.

SEGUNDO

.- Con carácter previo al examen del objeto del recurso, apuntar la doctrina sobre el cuestionario de salud.

El incumplimiento del deber de declarar a la aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo faculta al asegurador para rescindir el

contrato. Si el siniestro sobreviviera antes de que el asegurador haga uso de esa facultad, la LCS prevé la reducción proporcional de la prestación. Pero si medio dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación, según el inciso añadido al art. 10.3 LCS por el artículo 3 de la Ley 21/1990 de 19 de noviembre . Estos preceptos son aplicables a los seguros de vida en virtud de lo previsto en el art. 89 LCS , el cual limita a un año, si no existe dolo, la posibilidad de impugnar el contrato. El cumplimiento del deber de información que se impone al asegurado debe valorarse en relación con la declaración prestada ante el cuestionario desde el prisma subjetivo de la buena fe en relación con la finalidad del contrato y el grado de claridad y precisión del cuestionario que se le somete (STS Civil sección 1 del 4 de enero de 2008 ROJ: STS 1762 (2008).

La violación del deber de declaración ha de valorarse con criterios objetivos, de manera que no se trate solamente de calificar la conducta del declarante asegurado como de buena o de mala fe, sino sobre todo atenerse el Tribunal a la objetividad de si la conducta del asegurado o del tomador del seguro viene a frustrar la finalidad del contrato para su contraparte al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le viene a desorientar e impulsar a celebrar un contrato que no hubiera concertado de haber conocido la situación real del tomador del seguro (SSTS 14 de junio de 2006 , 30 de septiembre de 1996 , 15 de diciembre de 1989 , entre otras).

Hay que recordar que, respecto al cuestionario de salud, no hay propiamente un deber de declaración, sino de respuesta o contestación del tomador acerca de lo que le interesa de él al asegurador y que le importa a efectos de valorar debidamente el riesgo (SSTS 11 de noviembre y 2 de diciembre de 1997-RA 7870 y 8773-, de 22 de febrero de 2001-RA 2609 , 15 de noviembre de 2007 ROJ: STS 7181/2007).

Los arts. 10 y 89_LCS equiparan los supuestos de dolo y de culpa grave en la declaración de salud, y ha de ser determinante de la celebración del contrato para liberar a la aseguradora del pago de la prestación, por ello, la única posibilidad de eximir de responsabilidad al declarante sería que se apreciase culpa leve.

La precisión de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se ha debido a culpa grave no es tarea fácil, en que la línea divisoria entre la culpa leve y la grave es sutil. Sólo a la vista de cada caso concreto podrá determinarse si nos encontramos ante un supuesto de culpa grave o no(STS de 29 de abril de 2008 ROJ: 1528/2008 , 17 de Octubre de 2007 ROJ:6416/2007 , 31 de mayo de 2004 ROJ:3730/2004). En términos generales, hay culpa grave en las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario (STS 3 de junio de 2008).

El Tribunal supremo ha declarado que "se entiende por dolo la reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubiera influido decisivamente en la voluntad de celebrarlo"(STS 15 de noviembre de 2007 , 20 de abril de 2009) y que "concorre dolo....en las declaraciones que tienen como finalidad el engaño del asegurador, aunque no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte (artículos 1260 y 1261 CC)".

En primer lugar, en el supuesto sometido a esta alzada no ha quedado acreditado quién rellenó el cuestionario de salud previo al contrato. Como ya recoge el juez *a quo* y constata este Tribunal del visionado del juicio, la versión de la actora ha quedado corroborada por las testificales de su marido, Sr. y de la vecina de ambos, que aún tomadas con las debidas reservas dado que pudieran ser partidistas no has quedado desvirtuadas por la persona que intervino en su domicilio con la aportación, un tal Sr. que pese al interés de la parte actora para que por la Aseguradora se facilitasen datos para su citación a juicio por la misma e ha hecho caso omiso, compareciendo el Sr., jefe del tal a la fecha de los hechos pero que ninguna luz arrojo el presente caso limitándose a exponer las conductas de las personas que realizaban pólizas y negando que fuesen ellos quienes las rellenasen pero sin prueba que corrobore tal afirmación. Ante este dilema es destacable que la Aseguradora, que tenía que dar el "visto bueno" al seguro tal y como expuso el Sr. no requirió a la actora para realizarse ninguna revisión médica, así como la forma de realizarse el mismo, al ser la Aseguradora quien vía telefónica contactó con la vecina y luego insistió en las bonanzas del seguro a la actora en el domicilio de ésta, es decir, no es un seguro buscado por la Sra. ni vinculado a crédito alguno por lo que ningún interés previo se puede deducir de la actitud de la misma.

En segundo lugar, contrariamente a las alegaciones de la Aseguradora demandada, no ha quedado acreditado ocultación alguna respecto a la salud de la actora en el momento de suscribir la póliza el 1 de julio de 2009 y un nuevo estudio de las actuaciones, tomando en consideración la doctrina jurisprudencial expuesta, nos lleva a confirmar la resolución recurrida.

El cuestionario, aportado como doc. 1 de la contestación a la demanda, viene formulado con carácter genérico, con referencia para distintos órganos corporales de distintas enfermedades que se enuncian ninguna de las cuales ha quedado acreditado que padeciera la actora con anterioridad a la suscripción de la póliza, en cuanto a la enfermedad tan solo se formulan preguntas sobre si se han padecido determinadas enfermedades, siendo una de ellas de carácter general respecto de cualquier enfermedad no descrita en los apartados anteriores y otra si se ha padecido

alguna enfermedad de carácter depresivo.

Examinando el informe emitido por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, obrante a folio 195 de las actuaciones, se constata que durante su vida profesional, desde el año 1997, la Sra. las dos bajas médicas más largas (de alrededor a tres meses y medio cada una de ellas) corresponden a descansos maternales siendo las otras bajas del año 2000 lo que corrobora el padecimiento en esa época por el fallecimiento de su padre pero sin que este hecho haya conducido a un cuadro psicológico que haya originado el actual trastorno depresivo motivo de que por el 2 de junio de 2010 se haya reconocido a la actora en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta, según se acredita en documento nº 7 de la demanda.

Alega la demandada la existencia de episodios clínicos en la actora, tales como amigdalitis en el año 2003 o lumbalgia en el año 2007, pero no existe acreditación documental alguna de que la incapacidad con síntomas psicóticos que sufre la Sra. en la actualidad ya se padecieran con anterioridad o que tuvieran correlación alguna con el episodio depresivo puntual padecido en el año 2000.

La Dra. en fecha 1 de julio de 2010 emite el documento que se aporta como número 6 de la demanda constatando que fue el 28 de diciembre de 2009 se le expidió la baja médica por episodios depresivos, corroborado por el informe emitido en documento 5 de la demanda por el Dr. (psiquiatra) de 24 de noviembre de 2009 en que también se constata que es el 29 de octubre de 2009 en que se inicia sintomatología ansioso depresiva a la que se añaden síntomas psicóticos en relación a problemática laboral. Es decir, ambos profesionales, que ratifican sus informes en acto de juicio, constatan que la patología causante de la declaración de incapacidad fue diagnosticada con posterioridad a la suscripción de la póliza, afirmando el Dr. nunca con anterioridad trató a la actora.

El Dr. (psiquiatra) también refleja en un informe (folio 217) que el inicio de la enfermedad de síndrome depresivo mayor y trastorno adaptativo mixto fue en noviembre de 2009.

No existe documento médico alguno que haga constancia de que la actora fuera tratada con anterioridad, y así se constata de la historia clínica de la Sra. Santiago (folios 209 y ss), corroborada por los informes de los doctores anteriormente aludidos, profesionales de la Seguridad Social.

El perito aportado por la demandada, Dr. obrante a folios 224 y ss. hace referencia a unos trastornos relevantes desde el año 2000 que como se ha expuesto ninguna acreditación existe de que el aludido episodio derivase en la enfermedad que se ha iniciado a finales del 2009, por lo que carece de relevancia para desvirtuar la restante

prueba médica obrante en autos.

En consecuencia, ninguna enfermedad padecía la actora en el momento de suscribir la póliza, procediendo la desestimación del recurso y la íntegra confirmación de la resolución recurrida.

TERCERO

Dada la desestimación del recurso, en base al artículo 398.1 de la LEC , se imponen las costas de esta alzada a la parte recurrente.

F A L L A M O S

DESESTIMAR el recurso de apelación interpuesto por la representación de OCASO, SOCIEDAD ANÓNIMA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Igualada de Juicio Ordinario 509/2011 de fecha 23 de abril de 2012 que se CONFIRMA íntegramente.

Se imponen las costas de esta alzada a la parte recurrente.

Se decreta la pérdida del depósito constituido para recurrir. Contra esta sentencia cabe interponer recurso de casación siempre que la resolución del recurso presente interés casacional, mediante escrito presentado ante este tribunal dentro del plazo de veinte días siguientes a su notificación. Una vez se haya notificado esta sentencia, los autos se devolverán al juzgado de instancia, con testimonio de la misma, para cumplimiento.

Así lo pronunciamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- En este día, y una vez firmada por todos los Magistrados que la han dictado, se da a la anterior Sentencia la publicidad ordenada por la Constitución y las Leyes. DOY FE.