

Spread the love

El Tribunal Supremo ha dictado en materia de seguros la sentencia de 8 de enero de 2020, en la que se pronuncia sobre el deber de declaración del riesgo y la trascendencia que posee la infracción del deber de declaración del riesgo por parte del asegurado.

En este caso concreto queda eximida la aseguradora de hacerse cargo del siniestro por haber infringido el asegurado el deber de declaración del riesgo, ocultando datos sobre su salud conocidos por él (enfermedades infecciosas), que poseen influencia decisiva al valorar el riesgo, y que están relacionados con la enfermedad que causó su muerte.



María Angustias Díaz

Los antecedentes de hecho fueron los siguientes:

- A finales de octubre de 2015 D. Anselmo y D.^a Josefa, padres de D. Desiderio interpusieron demanda contra la aseguradora Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros ante el Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Oviedo, en la que solicitaban que se dictara sentencia condenando a la aseguradora Caja Rural S.A. de Seguros y Reaseguros, para que, conforme a las garantías cubiertas en dos pólizas de seguro de vida temporal liquidase el importe de la deuda contraída por el tomador don Desiderio con la Caja Rural de Asturias, pendiente de liquidar a la fecha del siniestro, que ascendía a la suma total de 61.482,38€ ; que abonase el exceso, 28.517,62 a don Anselmo y doña Josefa; c) más los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro y las costas que se causen en este procedimiento.
- El Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Oviedo, en junio de 2016 estimó la demanda, condenando a la demandada a liquidar, conforme a las garantías cubiertas en las dos pólizas de seguro de vida, el importe de la deuda contraída por el tomador, Don Desiderio, con CAJA RURAL de Asturias, que aún estaba pendiente de liquidar a la fecha del siniestro y que ascendía a 61.482,38 euros y a abonar el exceso, 28.517,62 euros, a los demandantes, con el interés legal del dinero vigente en la fecha del siniestro incrementado en un cincuenta por ciento, a devengar desde la fecha de interposición de la demanda. El Juzgado no realizó expresa condena en costas.

- Recurrída la sentencia en apelación por RURAL VIDA, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS ante la Audiencia Provincial de Asturias, ésta dictó sentencia a principios de octubre de 2016 estimando el recurso y revocando la sentencia de instancia y absolviendo a la aseguradora demandada, al considerar que había existido infracción del deber de declaración del riesgo por parte del asegurado. No hizo expresa imposición de costas en ambas instancias. Contra la sentencia de segunda instancia la parte demandante interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

El Tribunal Supremo declaró probados o no discutidos una serie de hechos. Entre ellos:

- Que en febrero de 2010 Desiderio suscribió con Rural Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros una póliza denominada «Seguro de vida temporal» que, entre otros riesgos, cubría el de fallecimiento con una suma asegurada de 10.000 euros. El seguro estaba vinculado a un préstamo suscrito por el asegurado con la entidad Caja Rural de Asturias, que pertenecía al mismo grupo empresarial al que pertenecía la aseguradora. Por esta circunstancia, en la póliza se designó a la entidad prestamista como primera beneficiaria «por el importe de cualquier deuda contraída por el tomador y pendiente de liquidar en la fecha del siniestro».
- En noviembre de 2010 asegurado y aseguradora suscribieron una segunda póliza que igualmente cubría el riesgo de fallecimiento del primero, por una suma de 80.000 euros y asimismo vinculada a un préstamo concedido por la caja, que por ello aparecía también designada como primera beneficiaria en los términos antes expuestos.
- En los dos casos se incluyó una «Declaración del asegurado» sobre su estado de salud.

En la primera póliza la declaración tenía el siguiente tenor:

«El asegurado declara que:

(1)- Tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardiaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrina-diabetes-) que haya precisado tratamiento médico.

(2)- No estar relacionada su profesión con actividades de electricidad de alta tensión, minería subterránea y tauromaquia ni realizar trabajos con materias peligrosas.

(3)- No practica deportes de: alpinismo, escalada, espeleología, aéreos, subacuáticos ni competiciones de vehículos a motor.

(4)- No es consumidor habitual de tabaco y-o bebidas alcohólicas (salvo uno o dos vasos de vino o cervezas al día)».

En la segunda póliza la declaración presentaba la forma de un cuestionario (con preguntas y respuestas) y textualmente expresaba:

«1.- [Tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardiaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrino -diabetes) que haya precisado atención médica?

«Sí

«2.- [Está su profesión relacionada con actividades de electricidad de alta tensión, minería subterránea, tauromaquia o con materiales peligrosos?

«NO

«3.- [Practica alguno de los siguientes deportes: Alpinismo, escalada, espeleología, aéreos, subacuáticos o competiciones de vehículos de motor?

«NO

«4.- [Es consumidor habitual de tabaco y-o bebidas alcohólicas (salvo uno o dos vasos de vino o cerveza al día?

«Sí».

- El asegurado en ambos casos negó padecer enfermedades infecciosas. No obstante, quedó probado que ya las padecía al tiempo de contratar los seguros y formular las declaraciones sobre su salud. Así la sífilis, ya diagnosticada en 2008 y con tratamiento médico desde ese mismo año, y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), también diagnosticada en esa fecha, estando bajo control médico desde entonces.

- De la misma manera cuando realizó la primera declaración también negó ser fumador habitual y beber alcohol de forma habitual, quedando probado que por entonces el asegurado «era fumador (2 paquetes al día) y bebedor de 100 gr. de etanol al día», habiendo comenzado el consumo habitual de tabaco a los 16 años.

- Habiendo fallecido el asegurado, soltero y sin descendencia, el 3 de agosto de 2013, y

estando las mencionadas pólizas en vigor, sus padres fueron declarados sus herederos únicos y universales.

- La causa directa de su fallecimiento fue «Insuficiencia respiratoria en contexto de hemoptisis masiva. Posible proceso linfoproliferativo diseminado. Infección vírica».
- En la fecha del fallecimiento el importe total de las deudas pendientes de amortizar por el asegurado (incluyendo el saldo pendiente de amortizar por cada uno de los préstamos y el saldo negativo de su libreta de ahorros) era de 61.417,38 euros.
- Comunicado el siniestro a la aseguradora en el mismo mes de agosto de 2013, ésta no se hizo cargo del siniestro, argumentando que los reclamantes no habían atendido sus requerimientos para que aportaran la documentación referida a los antecedentes de salud relativos a la fecha de diagnóstico del VIH. Tampoco fue posible la solución extrajudicial.
- Con fecha 27 de octubre de 2015 los padres del asegurado promovieron el presente litigio contra la compañía de seguros en ejercicio de acción de cumplimiento contractual, solicitando que, con arreglo a las garantías cubiertas, se la condenara a «liquidar el importe de la deuda contraída por el tomador» (61.482,38 euros en total), y a abonar el exceso (28.517,62 euros) a los demandantes. Todo ello más los intereses del art. 20 LCS.



- La sentencia de primera instancia estimó la demanda y condenó en costas a la demandada. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación, desestimó íntegramente la demanda sin imponer las costas de las instancias a ninguna de las partes.

Las razones que aduce son, entre otras: “(i) de conformidad con el art. 10 LCS y su jurisprudencia, la circunstancia de que los seguros estén vinculados a préstamos «no empece la obligación que tiene el tomador del mismo de responder con veracidad a las preguntas que se le formulen», pero sí obliga a la aseguradora extremar su «nivel de claridad, precisión y expresión detallada de las preguntas», lo que en este caso se cumple en las dos pólizas «toda vez que no se limitan a una vaga declaración de buen estado de salud», sino que contienen preguntas y respuestas detalladas y precisas en relación con enfermedades también concretas, en particular cuando se pregunta sobre el padecimiento de enfermedad o lesión infecciosa que haya precisado tratamiento médico; (ii) la validez del cuestionario no depende de la forma que adopte, aunque se trate de un formulario tipo o preimpreso; (iii) lo esencial para que el cuestionario sea válido es que se constate que fue cumplimentado por el asegurado personalmente o

por el empleado del agente de seguros pero con las respuestas facilitadas por el asegurado, es decir, que no fue el agente el que lo rellenó por su cuenta limitándose el asegurado a firmarlo; (iv) aquel requisito se cumple en este caso porque tanto la declaración de salud (primera póliza) como el cuestionario (segunda póliza) fueron firmados por el asegurado mediante firma que no se ha probado por los demandantes que fuera falsa, y de esto cabe deducir, ante la falta de prueba en contrario, que sí se le formularon las preguntas contenidas en ellos y que también fue él quien facilitó las respuestas al empleado, lo que significa que fue él quien negó haber padecido o padecer enfermedad alguna infecciosa por la que hubiera recibido tratamiento, ocultando con esta respuesta que en 2008 (dos años antes) fue diagnosticado de VIH y de sífilis, así como que fue tratado (incluso con vacuna de VHA en 2009), y, por tanto, impidiendo que la aseguradora conociera un antecedente sobre su salud que finalmente tuvo incidencia en la causa de su fallecimiento (el linfoma B, provocado por la inmunodeficiencia derivada de la infección con el virus del VIH); y (iv) en suma, existió «una clara infracción del deber de contestación veraz», pues el tomador asegurado ocultó datos sobre salud que conocía y por los que expresamente se le preguntó, impidiendo con ello que la aseguradora pudiera valorar debidamente el riesgo, lo que, conforme a los arts. 10 y 89 LCS, la exime de indemnizar.

- Los demandantes interpusieron contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

El Tribunal Supremo, partiendo de los hechos probados afirma que “la razón decisoria de la sentencia recurrida consiste en que el asegurado, al realizar la declaración de salud contenida en la primera póliza y contestar al cuestionario incluido en la segunda, y antes de firmar ambos documentos, ocultó datos sobre su salud por él conocidos al tiempo de suscribir ambas pólizas, cuya influencia en la valoración del riesgo razonablemente podía conocer y que estaban directamente relacionados con la enfermedad que determinó su fallecimiento”.

Se deduce, en lo que aquí interesa que “fue preguntado específicamente acerca de si padecía o había padecido enfermedad infecciosa y que, pese a haber sido diagnosticado al menos dos años antes de dos enfermedades de ese tipo (sífilis e infección por VIH) y constar que también había recibido tratamiento (en un caso, incluso profiláctico), sin embargo contestó negando tales padecimientos, lo que para el tribunal sentenciador entraña una ocultación dolosa del riesgo que debía valorar la aseguradora y que finalmente tuvo incidencia causal en el fallecimiento del asegurado,

pues se debió a un linfoma tipo B provocado por una inmunodeficiencia derivada de la infección por VIH”.

Señala el Tribunal Supremo que “la parte recurrente, para negar que se le presentara al asegurado un cuestionario materialmente válido, sostiene que las preguntas fueron genéricas o ambiguas, lo que le habría impedido representarse sus antecedentes de salud como objetivamente influyentes para valorar el riesgo, sobre todo porque, según se aduce, el asegurado no fue tratado médicamente por las enfermedades que le habían diagnosticado con anterioridad. Sin embargo, la sentencia recurrida, y la sola lectura de los documentos correspondientes, despeja cualquier duda acerca de la concreción de las preguntas, pues estas no se limitaron a recabar la opinión del asegurado sobre su salud en general, sino que versaron específicamente sobre si padecía determinadas enfermedades, entre ellas las «infecciosas», lo que el asegurado negó al contratar los dos seguros pese a ser plenamente consciente de que sí las padecía (pues fue diagnosticado en 2008) y pese a haber recibido tratamiento médico (una vacuna específica en el caso del VIH), incurriendo así en el dolo a que se refiere el art. 10 LCS, como resulta también de que en varios informes médicos conste que el paciente había mostrado al personal sanitario su interés para que no se divulgara que padecía VIH.

En estas circunstancias, dado que también se ha probado que la causa de la muerte fue un linfoma cuya aparición suele asociarse con la inmunodeficiencia derivada de la infección por VIH, la apreciación de dolo por el tribunal sentenciador se ajusta plenamente a la jurisprudencia de esta sala”.

El Tribunal Supremo declara en su fallo que procede confirmar la sentencia recurrida y desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por los demandantes D. Anselmo y D.^a Josefa contra la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Asturias e imponer las costas a la parte recurrente.

Se trata de una sentencia ciertamente de interés en esta materia, con pronunciamientos clarificadores en materia de declaración del riesgo por el asegurado; en este caso ocultando datos sobre su salud, que le son conocidos y extraordinariamente importantes a la hora de valorar el riesgo, y que, además, en este concreto caso, estaban relacionados con la enfermedad que causó su muerte.

Puede verse la sentencia aquí:

<http://www.poderjudicial.es/search/sentencias/derecho%20mercantil/1/AN>

