

LA PREGUNTA “¿SE ENCUENTRA UD. EN BUEN ESTADO DE SALUD?” NO CONSTITUYE CUESTIONARIO A EFECTOS DEL ART. 10 LCS

SAP de Sevilla (Sección 6ª) núm. 48/2015, de 5 marzo (AC 2015\653)

Amanda Arrigote Sánchez

*Estudiante del Máster en Acceso a la Abogacía
Universidad de Castilla-La Mancha*

Fecha de publicación: 21 de julio de 2015

1. Los hechos

El litigio sobre el que vamos a tratar en el presente caso enfrenta, de una parte a la beneficiaria de un seguro vida (viuda del asegurado) y, de otra parte, a la entidad Caser Seguros, como entidad aseguradora en el contrato de vida litigioso, vinculado a un contrato de préstamo hipotecario con la entidad Cajasol. El seguro de vida controvertido fue suscrito el 21 de diciembre de 2006, como consecuencia de la concesión de un nuevo préstamo hipotecario concedido por Cajasol y que fue destinado a cancelar un préstamo hipotecario anterior, que también contaba con un seguro de vida vinculado. El 1 de abril de 2007 el asegurado falleció como consecuencia de un cáncer incurable.

Ante la negativa de Caser a proceder a la indemnización por el fallecimiento del asegurado, la beneficiaria del seguro interpuso demanda de reclamación de cantidad para que se le proceda a abonar la indemnización de 20.000 euros acordada en el contrato de seguro, sosteniendo que el diagnóstico del cáncer del asegurado se produjo en enero de 2007. Caser se opuso a la demanda alegando que el asegurado falleció tan sólo unos meses después de suscribir el contrato de seguro, habiendo ocultado de forma maliciosa que sufría un cáncer muy grave en el momento de firmarlo, declarando en el cuestionario de salud que no padecía ninguna enfermedad grave. En concreto, Caser aporta la "Declaración del estado de salud" suscrita por el asegurado, que contenía preguntas tales como: "*¿Se encuentra usted en buen estado de salud? Se entenderá que no se encuentra en buen estado de salud si padece o ha padecido alguna vez de Cáncer, Diabetes insulino- dependiente, enfermedades graves...*". En la que aparece como contestación "NO". Afirma la demandada que al asegurado le fue diagnosticado un adenocarcinoma primario diseminado de origen desconocido en junio de 2006, por lo que la contestación negativa a la declaración del estado de salud debe

interpretarse como una ocultación maliciosa de las circunstancias que pudieron afectar al riesgo, lo que le libera del pago de la prestación.

Dicho esto, el día 8 de octubre de 2013, se dictó sentencia por el Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Utrera estimando la demanda y condenando a la entidad demandada a abonar la cantidad de 20.000 euros más los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro con condena en costas. Los motivos sobre los que basa la Sentencia su estimación son los siguientes: (i) inexistencia de ocultación maliciosa de la enfermedad que padecía el tomador del seguro, pues fue la aseguradora la que no cumplió con la obligación de presentar un cuestionario en forma y que el asegurado se limitó a firmar; y (ii) el contrato de préstamo –y así el seguro de vida vinculado- no era más que una continuación del préstamo anterior.

Contra dicha resolución, se interpuso por la entidad condenada recurso de apelación apoyado en los siguientes motivos insistiendo en la existencia de ocultación maliciosa por parte del tomador del padecimiento de un cáncer incurable al tiempo de la suscripción del contrato; y alegando la concurrencia de error en la valoración de la prueba, puesto que según la el Juzgado de Primera Instancia llegó a la creencia de que el contrato de préstamo era una ampliación de otro anterior que el asegurado había concertado con Unicaja, cuando en realidad se suscribió un nuevo contrato con Cajasol.

2. El fallo de la Audiencia Provincial

La Audiencia Provincial de Sevilla desestimó el recurso de apelación, confirmando la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Utrera, obligando a abonar a la beneficiaria del contrato de seguro la cantidad de 20.000 euros más los intereses correspondientes.

Para la toma de esta decisión, la Audiencia aplicó fundamentalmente la doctrina del Tribunal Supremo recogida en la reciente Sentencia de 2 de diciembre de 2014 que cita a su vez las Sentencias del Tribunal Supremo 1200/2007, de 15 de noviembre y 600/2006, de 1 de junio. Según esta jurisprudencia “*[e]l artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro (...), ha concebido 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 estime oportunos*”.

Es decir que, del artículo 10 LCS se infiere un deber de contestación a las preguntas realizadas por la entidad aseguradora, que debe efectuar las que estime oportunas, pero no un deber de declaración de circunstancias en abstracto sobre las que no se pregunte al asegurado. Así se ha matizado por la modificación del apartado primero de este precepto, el cual establece que el tomador del seguro quedará eximido del deber de declaración del riesgo cuando la entidad aseguradora no le someta a la realización de cuestionario alguno o cuando, siendo sometido a cuestionario, éste no incluya las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo.

De esta manera, la AP comprende que el asegurado no fue sometido a un “cuestionario real” pues considera que carecía de una “serie de preguntas sobre estado de salud dirigidas por el tramitador al asegurado, porque no se ha probado que se le interrogara sobre cuales fueran sus padecimientos”. Por lo tanto, declara la ausencia de sometimiento al tomador al oportuno cuestionario, quedando exonerado de su obligación de declarar de estas circunstancias, no habiendo, pues, ocultación maliciosa que permita a la aseguradora de su obligación de indemnizar por el riesgo cubierto. Todo ello, con independencia de cuándo fuera diagnosticada la enfermedad letal, pues no fue posible su esclarecimiento en juicio.

3. Conclusiones

Aunque todos los contratos deben ejecutarse de buena fe, en el contrato de seguro esta característica es esencial debido a la naturaleza del contrato y a la especial posición de las partes. El asegurador confía en la descripción del riesgo que le ofrece la otra parte, pero ello no conlleva necesariamente que su liberación de la obligación de indemnizar en el caso de que la información facilitada no se corresponda totalmente con la realidad. En el artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro encontramos el deber del tomador de responder a las preguntas realizadas por la aseguradora, quedando eximido el tomador del deber de declaración del riesgo cuando la entidad aseguradora no le haya sometido a cuestionario alguno o cuando las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo no se comprendan en el mismo.

La liberación del asegurador del pago de la indemnización sólo se produce si el tomador del seguro incurre en inexactitud en el cuestionario de salud...pero, ¿no es suficiente exactitud contestar “no” a la pregunta “se encuentra Ud. en buen estado de salud (...) entendiendo que no se encuentra en buen estado de salud (...) si ha padecido cáncer” cuando se padece dicha enfermedad?, ¿por qué no entender que el tomador ha cumplido suficientemente al decir que “no” se encuentra bien de salud, sin entrar a valorar la suficiencia del cuestionario?