



**SEGURO VINCULADO A UNA OPERACIÓN BANCARIA: DE LA IMPORTANCIA
DE REALIZAR CORRECTAMENTE EL CUESTIONARIO MÉDICO Y NO
CONSIDERARLO UN MERO TRÁMITE INSTRUMENTAL**

Jesús Almarcha Jaime

Abogado de Gómez-Acebo & Pombo

Fecha de Publicación: 30 de octubre de 2017

La Sentencia 423/2017 de la Audiencia Provincial de Zaragoza¹ trata sobre el deber de declaración del riesgo por parte del tomador (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro) en la suscripción de un seguro de vida vinculado a una operación bancaria.

El asegurado sufrió un brote psicótico en el 1995. En el 2002 contrató un seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario destinado a la renovación de la cuenta de crédito a favor de la sociedad mercantil de la que era administrador. En el 2010 el asegurado presenta una evolución propia de la esquizofrenia derivada, principalmente, de la pérdida de visión de un ojo y a la mala situación económica por la crisis. En el 2014 le fue declarada la situación de incapacidad permanente absoluta por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Desde el 1995 al 2010 no precisó tratamiento médico ni sufrió otro episodio psicótico, sólo se sometió voluntariamente a un seguimiento psiquiátrico, aunque el asegurado se estabilizara del brote psicótico y no existieran más diagnósticos posteriores.

La Audiencia Provincial comienza recordando que ni la ley ni la jurisprudencia exigen formalidades concretas al cuestionario de salud², pero la entidad aseguradora es la que

¹ Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección Quinta) núm. 423/2017, de 7 de julio (JUR 2017\220678).

² *Vid.* Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 726/2016, de 12 de diciembre (RJ 2016\5978). Esta sentencia considera válida la mera inclusión de una declaración de salud en la póliza.



asume el riesgo de que dicho cuestionario se realice de forma correcta³. En el caso, no existía un cuestionario *stricto sensu*, sino que simplemente se incluyó una declaración de salud en el contrato de seguro, por lo que el formato es válido. Ahora bien, la copia del contrato de seguro que el banco entregó al cliente no contenía tal declaración de salud, sino que ésta se encontraba en el documento original que tenía la entidad aseguradora.

La Audiencia Provincial esgrime varios motivos por los cuales la entidad aseguradora debe indemnizar:

1. Aunque la copia del contrato del asegurado emitida por el banco no tuviera la declaración de salud, es suficiente el ejemplar de la entidad aseguradora que sí la tiene y que, a más inri, se encuentra firmada por el propio asegurado.
2. No existe ánimo fraudulento del tomador por los siguientes motivos:
 - 2.1. El contrato de seguro no se contrató por iniciativa del tomador, sino por parte de la entidad de crédito, mediante la práctica de *cross-selling*, como requisito indispensable para la contratación de la operación bancaria.
 - 2.2. La existencia de múltiples relaciones contractuales entre las partes propicia la confianza del tomador en las gestiones de la entidad bancaria.
 - 2.3. En la fecha de contratación del seguro, el tomador tenía suscrito otro seguro de vida con cuatro años de antelación.
3. Cualquier duda de interpretación en los cuestionarios de salud debe resolverse siempre en favor del asegurado.
4. La vaguedad y generalidad de las preguntas es imputable a la entidad aseguradora⁴. Si la entidad aseguradora esgrime que en caso de haberse conocido la dolencia del asegurado no se hubiera suscrito el contrato, no se entiende por qué dicha entidad no incluyó una pregunta específica en el cuestionario de salud. Así, la única pregunta que puede tener alguna relación con la patología psiquiátrica era la referente a si el asegurado había estado en tratamiento médico en el último año. Consta acreditado que el asegurado no lo estuvo ni en el año 2001 ni en los precedentes.

³ Vid. Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 222/2017, de 5 de abril (RJ 2017\2664).

⁴ Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 1373/2008, de 4 de enero (RJ 2008\2923).



5. No se entregó el cuestionario con anterioridad al asegurado. La respuesta se ciñó a un monosílabo, «no», mecanografiado, lo cual corrobora que la declaración fue tratada como mero trámite de carácter administrativo sin trascendencia y no como elemento fundamental del contrato que determinaba el riesgo que asume la aseguradora, sin que existiera voluntad de obtener verdadera y real información sobre el estado de salud del asegurado. En consecuencia, la aseguradora no actuó de forma diligente, el cuestionario fue tratado como un mero trámite instrumental a la operación bancaria vinculada.
6. La entidad aseguradora, una vez le fue reclamada la indemnización, procedió a recabar la información pormenorizada de la salud del afectado, por tanto actuó con diligencia cuando existía la posibilidad de tener que pagar, pero no con anterioridad a la contratación o cuando se le abonaban las primas de seguro, demostrando con ello que no tuvo diligencia previamente pudiendo tenerla.