

**JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 05 DE FUENLABRADA**

C/ Rumanía, 2 , Planta 3 - 28943

Tfno: 915580037

Fax: 915580108

42020310

NIG: 28.058.00.2-2019/0007691

**Procedimiento: Procedimiento Ordinario 751/2019**

Materia: Obligaciones

PA

**Demandante:** D./Dña. [REDACTED]

PROCURADOR D./Dña. OLGA LOPEZ MIRAYO

**Demandado:** UNICORP VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

PROCURADOR D./Dña. JAVIER ALVAREZ DIEZ

**SENTENCIA Nº 121/2020**

**JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ:** D./Dña. GUILLERMO CORTÉS GARCÍA-MORENO

**Lugar:** Fuenlabrada

**Fecha:** veintiocho de septiembre de dos mil veinte

Vistos por el Ilmo. Sr. D. Guillermo Cortés García-Moreno, Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia nº5 de Fuenlabrada y su partido, los presentes autos de JUICIO ORDINARIO seguidos ante este Juzgado a instancia de [REDACTED], en nombre y representación de su hijo menor de edad [REDACTED], representada por la Procuradora Olga López Mirayo, y asistida por la Letrada Anahí Rodríguez Montes, contra CAJA ESPAÑA VIDA, representada por el Procurador Javier Álvarez Díez, y asistida por la letrada [REDACTED], habiendo recaído la presente resolución con base en los siguientes:

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por la indicada presentación procesal de la actora se interpone demanda de juicio ordinario en la que, expuestos los hechos y alegados los fundamentos jurídicos en que basa su pretensión, termina por suplicar del Juzgado se dicte sentencia de conformidad con los pedimentos contenidos en la misma.

**SEGUNDO.-** Por turnada la anterior demanda, correspondió a este Juzgado, dictándose Decreto por el que se admite a trámite con sus documentos y copias, emplazándose a la parte demandada a fin de que se persone en autos y conteste a la demanda en el término improrrogable de veinte días. La demandada contestó a la demanda oponiéndose a la misma.



**TERCERO.-** En virtud de Diligencia de Ordenación se convocó a las partes a la audiencia, previa al juicio, prevenida en el art. 414 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, celebrándose la misma en el día y hora fijada al efecto. Practicadas en el juicio las pruebas propuestas y admitidas, tras las conclusiones de las partes, quedaron los autos conclusos para sentencia.

**CUARTO.-** En la tramitación de este procedimiento se han seguido los preceptos y prescripciones legales.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** Por la representación procesal de la parte actora en este procedimiento se formula demanda en la que insta se declare que CAJA ESPAÑA VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS ha incumplido las obligaciones impuestas en la póliza de seguro n.º 2 000002 002 0006 510104 suscrita por [REDACTED], y se condene a la demandada a abonar a la beneficiaria BANCO CAJA ESPAÑA DE INVERSIONES, SALAMANCA Y SORIA SA, (quien a su vez tendrá que liquidar el exceso cobrado al resto de coprestatarios), el saldo pendiente de la operación de préstamo hipotecario vinculado al seguro a fecha de producción del siniestro, esto es, 107.595,74 euros y a abonar al menor [REDACTED] el importe de 47.404,26 euros correspondientes al exceso del capital asegurado, más el interés legal del art. 20 de la ley del contrato de seguro desde la fecha del siniestro, y al pago de las costas.

Por la compañía demandada UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA, (en virtud de fusión por absorción de CAJA ESPAÑA COMPAÑÍA SE SEGUROS Y REASEGUROS), se formula oposición a la demanda en aplicación del artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro, pues si bien se admite la existencia del contrato, la condición de la demandante de beneficiaria, el fallecimiento del asegurado por la causa alegada por la demandante, entiende que en el cuestionario de salud suscrito por el asegurado, en orden a la formalización del seguro, [REDACTED] incumplió su obligación de contestar verazmente y ello por cuanto ocultó hechos y circunstancias conocidas e influyentes en la valoración del riesgo, que sirvieron de base para que la aseguradora aceptara el riesgo y que, de ser conocidos hubieran llevado a la demandada a rechazar la póliza.

**SEGUNDO.-** El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro regula el deber de declaración del riesgo, como obligación fundamental del tomador para que el asegurador pueda conocer con exactitud el riesgo objeto de cobertura. No cabe duda que siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente



conoce ciertas circunstancias y detalles. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores; éstos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que se decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurado. El alcance y consecuencias de este deber han sido configurados por el *Tribunal Supremo en sentencias, como la de 1 de Junio de 2006, 2 de febrero de 2007, 11 de mayo de 2007, que cita las de 31.12.1998, 26.7.2002 y 31.5.2004, 8 y 15 de noviembre de 2007, 4 de enero de 2008, 20 de abril de 2009 o 10 de mayo de 2011.*

El citado precepto, ubicado dentro del Título I referente a las Disposiciones Generales aplicables a toda clase de seguros, ha concebido más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador a 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. Concepción que se ha aclarado y reforzado, si cabe, con la modificación producida en el apartado 1º de este artículo 10, al añadirse el último párrafo del mismo que dice que: «quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en el». El cambio operado en la concepción de este deber de declaración del riesgo respecto a la que prevalecía en el *Código de Comercio (art. 381)* ha alterado sustancialmente la normativa anterior. El artículo 10, en lugar de concebir de una forma general y abstracta los límites del deber del tomador de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, ha acotado este deber limitándolo a la contestación del cuestionario que le somete el asegurador. Aparece así, como ha quedado dicho, no un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario (*STS 8.11.2007*), es decir, este precepto pone de relieve que por parte del asegurador ha de haber una concreta actuación, la de someter al tomador del seguro un cuestionario con las preguntas que considere necesarias para precisar, en vista de las respuestas que dé el tomador del seguro, la importancia del riesgo cuyas consecuencias se dispone a asumir; y por otro lado impone al tomador del seguro el deber de declarar como respuesta a las preguntas formuladas, todo cuanto sepa que pueda afectar a la valoración del riesgo. El deber de declaración se infringe cuando el riesgo que ha sido descrito y que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diverso del riesgo real. Esta infracción resulta de un hecho objetivo, cual es esa diferenciación entre la situación representada y la real (*SSTS 25 de noviembre de 1993 y 28 de octubre de 1998*). Esta misma



doctrina es recogida en las más recientes SSTS de 2.12.2014, 4.12.2014, 17.2.2016 y 16.3.2016.

Partiendo de que, a los efectos examinados, lo que resulta determinante es la contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunta por el asegurador, la STS 10.5.2011 concluye que *"El deber de declarar no existe si el asegurador omite pedir al solicitante esta descripción de los riesgos, de modo que el asegurado se libera de la carga y el asegurador asume las consecuencias de su falta de diligencia. Esta doctrina ha sido mantenida por esta Sala en SSTS 25 de octubre de 1995, 21 de febrero de 2003 y 27 de febrero de 2005"*.

En definitiva, el límite a la declaración del riesgo se encuentra en la contestación exacta y veraz del cuestionario presentado por el asegurador, el cual también sirve para indicar al tomador del seguro las circunstancias que el asegurador considera relevantes para la valoración del riesgo. El deber de declaración, aun referido a las preguntas formuladas en el cuestionario, ha de afectar a circunstancias que puedan influir en la valoración por el asegurador del riesgo. Esto quiere decir, en primer término, que la falta de respuesta a alguna pregunta, que sea irrelevante a los efectos indicados, no afectará al deber que pesa sobre el tomador. En segundo término, esa valoración, si bien referida al asegurador, ha de efectuarse de una manera objetiva, en el sentido de que ha de tenerse en cuenta la valoración que efectuaría un técnico del ramo, o, si se quiere, un asegurador prudente. Tal valoración del riesgo ha de ser trascendente a los efectos de conocer si puede influir en la decisión del asegurador de concluir o no el contrato o de hacerlo en condiciones económicas diferentes. Para esa apreciación ha de tenerse en cuenta el conjunto de contestaciones ofrecidas por el tomador del seguro y no simplemente alguna de ellas, pues si con los datos e información que aquél aportó, un asegurador prudente, aplicando la técnica aseguradora normal, hubiera debido representarse un riesgo real, no cabe hablar de infracción o violación del deber de declaración del tomador. En esta línea, la STS 2.2.2007 afirma: *" Además, como recuerda la sentencia de 31 de mayo de 2.004 (con cita de las de 25 de noviembre de 1.993 y 27 de octubre de 1.998), la violación del deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos, pues no se trata solamente de calificar la conducta del declarante como de buena o mala fe, sino, además, de atenderse el Tribunal a si la misma viene a frustrar la finalidad del contrato para la contraparte, al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le lleve a celebrar un contrato que no hubiera concertado en las mismas condiciones, de haber conocido la situación real del riesgo, distinta de la declarada"* .

En fin, "como apunta la doctrina, para que pueda apreciarse



una infracción de este deber de declaración del riesgo porque el descrito es diverso del real, es necesario que la discordancia sea relevante, porque las circunstancias en las que se basó la valoración del riesgo hubieran influido en las condiciones en que se contrató el seguro y en la decisión del asegurador de aceptar el contrato" (STS 2.12.2014 ).

Los párrs. 2.º y 3.º del *art. 10 LCS* articulan los efectos del incumplimiento del deber de declaración, atendiendo a si medió o no dolo o culpa grave en la declaración del tomador del seguro. En primer lugar se establece la posibilidad de rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro, lo cual puede haberse producido, tanto por ignorancia, como por culpa leve, grave o dolo. En segundo lugar, si el siniestro sobreviene antes de la declaración de rescisión, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo; este supuesto debe ser aplicado a los casos de ignorancia o culpa leve del tomador del seguro, pues para los casos de dolo o culpa grave la Ley establece la consecuencia de que el asegurador quedará liberado del pago de la prestación, sin que prevea la consecuencia de reducir la indemnización en la misma forma que para el supuesto anterior. Así pues, el asegurador queda exonerado de su obligación cuando concurre dolo, dolo que la jurisprudencia ha definido como 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*" (SSTS 20.4.2009 que cita la de 15.11.2007), y, también, en declaraciones efectuadas por culpa grave, esto es, con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario.

En esta línea, es oportuno traer a colación la STS 17.2.2016 , que citando la de 4.12.2014 , afirma: "reducción de la prestación del asegurador no exige que concurren circunstancias de dolo o culpa grave del tomador del seguro, sino sólo la existencia de reticencias o inexactitudes en la declaración , y, en virtud del principio de rogación procesal, según la jurisprudencia consolidada de esta Sala (en contra, STS de 12 de abril de 2004), que el asegurador ejercite la pretensión en el momento procesal oportuno (SSTS de 7 de junio de 2004; 15 de julio de 2005, rec. 612/1999)», por el contrario «la facultad del asegurador de rechazar el siniestro y de liberarse de la obligación de indemnizar solamente puede ejercitarse en caso de que en la declaración previa de riesgos haya mediado dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro...», concurriendo dolo o culpa grave «en las declaraciones que tienen como finalidad el engaño del asegurador, aunque no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte



(arts. 1260 y 1261 CC), y en las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario», debiéndose partir en casación de que «la determinación de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se debe a culpa grave, es de libre apreciación del tribunal sentenciador, por cuanto, versando sobre la aplicación de conceptos jurídicos, estos han de resultar de los hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial fija y valora (SSTS 12 de agosto de 1993; 24 de junio de 1999; 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999)».

En último término, ciñéndose la controversia a un seguro de vida, es oportuno traer a colación la STS 15.11.2007 que declara: " El art. 89 de la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro (LCS ), se encuentra ubicado en el Título III, Sección 2ª, dentro de los preceptos reguladores de una modalidad concreta de seguro cual es el "seguro sobre la vida" y establece una remisión expresa a las disposiciones generales de la ley (art. 10 ) para el caso de reticencias o inexactitudes en las declaraciones del tomador que influyan en la estimación de riesgo. Atendiendo a la citada remisión, no puede ignorarse que el artículo 10, en su párrafo tercero , contempla la posibilidad de que el siniestro acontezca o sobrevenga antes de que el asegurador haga la declaración rescisoria a la que se refiere el párrafo anterior, como aquí ha ocurrido, situación en que, por expresa previsión legal, **únicamente puede liberarse el asegurador si hubiera existido prueba en autos de que el tomador actuó dolosamente o con culpa grave**; como aquí acontece, mientras que en otros supuestos, donde la inexactitud o reticencia no tiene su origen en el dolo ni en la culpa grave del tomador, sino únicamente en una culpa leve, si el asegurador no optó en plazo por la rescisión (plazo que el artículo 89 fija en un año para los seguros de vida), procedería tan sólo la reducción proporcional de la prestación, (que es la solución apuntada por la Sentencia de 1 de junio de 2007 "en el supuesto de actuación del tomador sin dolo o mala fe, nos hallamos ante una reducción proporcional de la indemnización partiendo de la relación que existe entre la prima pagada y la que debiera haber sido pagada si el riesgo hubiera sido declarado en forma regular)" . Asimismo, en relación a la interpretación y aplicación de los arts. 11 y 89 LCS resultan reseñables las SSTS de 4.1.2008 y 11.7.2007.

Examinada con detenimiento la prueba documental obrante en autos, no se colige que [REDACTED] faltara a la verdad en la contestación de las preguntas que se formularon en relación con su estado de salud.

El cuestionario de salud, elaborado por la compañía aseguradora, fue rellenado y firmado por [REDACTED], como reconocen todas las partes del litigio, y es el que obra como documento 7 de los



aportados con la demanda y documento 2 de la contestación, siendo el mismo documento. Está fechado el 13 de junio de 2006.

La parte demandada concreta en los siguientes puntos las alegadas falsedades del [REDACTED] en relación con la contestación al cuestionario de salud:

1º.- En la pregunta número 2 del cuestionario se indica: "¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en el transcurso de los últimos diez años que le haya obligado a interrumpir su actividad laboral durante más de quince días consecutivos?. El asegurado responde que NO.

Alega el demandado que en 200 [REDACTED] ya había tenido tres ingresos hospitalarios en los hospitales Gregorio Marañón y el Instituto Psiquiátrico José Germán y en que abril de 2006 se encontraba ingresado en este último.

En modo alguno estos hechos suponen que [REDACTED] faltara a la verdad a la pregunta 2, donde lo que se pregunta es si ha interrumpido su actividad laboral durante más de quince días consecutivos por enfermedad. La pregunta es muy concreta, pues así lo quiere la aseguradora, y la parte demandada no ha acreditado, ni siquiera alega, que [REDACTED] hubiera interrumpido su actividad laboral más de quince días por razón de enfermedad hasta la fecha en que responde al cuestionario.

Por tanto no existe la falsedad que se alega por la parte demandada.

2º.- En la pregunta 3 del cuestionario: "¿Padece o ha padecido: ...enfermedad crónica? Responde que no.

Nos encontramos ante una pregunta genérica, formulada en conjunto con otras preguntas más concretas, así padece o ha padecido alguna afección del corazón, del sistema circulatorio, tensión arterial alta o dolores en el pecho, hepatitis B o enfermedades transmitidas por contacto sexual, algún padecimiento de los huesos o articulaciones o alguna forma de artritis, artrosis o gota, enfermedades dermatológicas.

Ninguna de estas concretas enfermedades padeció [REDACTED] según reconoce la propia demandada, luego no puede considerar que, si tras esas preguntas tan concretas, se añade la coletilla de enfermedad crónica, se falte a la verdad por no responder afirmativamente por el hecho de constar en los antecedentes personales esquizofrenia, cuando ninguna mención se hace en el



cuestionario de salud a las enfermedades mentales, a pesar de que, como ha referido el testigo gestor de riesgos, esas son muy importantes para valorar el riesgo, entonces ¿Por qué no se incluyen en el cuestionario de salud?, o por negligencia de la compañía aseguradora o porque deliberadamente se hace un cuestionario mal elaborado para valorar el riesgo, para así cobrar la prima del seguro y luego poder eximirse de su responsabilidad alegando la falsedad u omisión de datos cuando sucede el riesgo.

Y lo mismo cabe decir del asma infantil que padeció en los años 2007 y 2010, según la demandada, y por el que no se pregunta ni directa ni indirectamente.

3º.- Pregunta 5, "¿le han recomendado consultar a un médico, hospitalizarse, someterse a tratamiento o intervención quirúrgica?". De nuevo una pregunta genérica, sin concreción de fechas, por lo que hay que entender que se refiere al momento de contestar, sin que conste que en ese momento concurriera alguna de esas circunstancias.

4º.- Pregunta 8: "¿Fuma más de 20 cigarrillos al día?". No hay prueba alguna de que en la fecha del cuestionario fumara más de esa cantidad. El propio demandado habla de "probabilidad" de que excediera de esa cantidad. No basta una probabilidad para rehusar el pago de la cantidad cubierta por el seguro, es necesario una certeza de que se faltó a la verdad.

5º.- Pregunta 10: "¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Toma algún tipo de medicamento habitualmente, con o sin prescripción médica?". De nuevo no aporta la parte demandada prueba alguna de que en el momento de contestar al cuestionario [REDACTED] consumiera bebidas alcohólicas o tomara algún tipo de medicación. El hecho de que se le hubiera diagnosticado en 2005 esquizofrenia no acredita en modo alguno que en julio de 2006 estuviera tomando medicación alguna.

6º.- Pregunta 11 ¿En conclusión, su estado de salud es bueno y sin enfermedad? Pregunta genérica, cuya respuesta es muy subjetiva, luego sí [REDACTED] consideraba que tenía buen estado de salud en el momento de contestar al cuestionario, no faltó en modo alguno a la verdad. Tampoco se acredita que en el momento de contestar [REDACTED] no tuviera buen estado de salud. Se encontraba trabajando como refiere su padre y su hermano en el juicio.

7º.- El cuestionario solo pedía información adicional para el caso de que se hubiera contestado afirmativamente a las preguntas 1, 2, 3, 4 o 5, o negativamente a la 11, luego [REDACTED] no omitió información alguna que hubiera requerido el cuestionario.



Basta analizar la jurisprudencia de los últimos años para comprobar que el Tribunal Supremo reserva la sanción de no obligación de pago de la prestación concertada, es decir de la exoneración de la aseguradora de su deber de abono de la indemnización, para aquellos supuestos en que realmente pueda hablarse de auténtico engaño, de una omisión dolosa o tan gravemente culpable que reviste formas groseras.

Parece incuestionable que el contrato de seguro de vida estaba relacionado íntimamente con el préstamo hipotecario, como reconoce el propio director de la sucursal, aún cuando no se impusiera su contratación.

En ese escenario, del que inequívocamente hemos de partir, deben enmarcarse las contestaciones que el asegurado realiza a las preguntas del cuestionario. Se le pregunta en conclusión si su estado de salud es bueno y sin enfermedad, la respuesta afirmativa no es sino una manifestación de la propia percepción que el asegurado tenía acerca de su estado de salud, máxime cuando en ese instante se encontraba desarrollando su vida laboral y social con normalidad y no consta que ni en ese momento ni hasta entonces hubiese estado de baja laboral por enfermedad, dándose además la paradójica situación de que la pregunta 3 que debía ser contestada con un monosílabo abarcaba multitud de enfermedades concretas y una genérica sobre enfermedad crónica, lo que al margen de hacerla genérica provocaba sin duda confusión en orden a su contestación.

Es verdad que se contesta negativamente a la pregunta de una enfermedad crónica. No puede desconocerse que nos encontramos ante preguntas muy genéricas en la que al unísono se le cuestiona sin diferenciar sobre varios aspectos tan heterogéneos como si presenta hepatitis, afección del corazón tensión arterial, dolores de pecho, enfermedades dermatológicas o enfermedad crónica, estas dos últimas en un solo apartado, lo que fácilmente puede inducir a pensar que se pregunta por enfermedades crónicas dermatológicas, sin más concreción para su respuesta que un sí o un no, aceptando la aseguradora la misma, sin solicitar ni interesar que se aclarase ninguna respuesta. Aunque se leyera literalmente el cuestionario, dada la amplitud de la tercera pregunta, y la variedad de patologías que contiene, resultaba harto difícil que se pudiera ser consciente de la relevancia de todas ellas. Y en esta línea, muchas personas no tienen la percepción de que la esquizofrenia constituya una enfermedad crónica, en el sentido de que altere de forma importante la salud, ni que sea factor de riesgo para la vida.

Todo esto abona la idea de que [REDACTED], cuando se le hizo el cuestionario, no tenía la consciencia de padecer esas enfermedades que sociológicamente son consideradas más como un estado que como una enfermedad y su tratamiento como de mantenimiento, más



que como derivado de un padecimiento. A ello debemos adicionar que si se observa el cuestionario presentado, se aprecia sin dificultad que es poco menos que testimonial por su brevedad, apenas diez preguntas y una a modo de conclusión, y muchas de ellas genéricas en su contenido, lo que invalida las respuestas. Esto demuestra bien poco el interés de la aseguradora de conocer en detalle el estado real de salud del asegurado al contratar el mismo, limitándose a cumplir un mero formulario pero sin que realmente tenga incidencia en la concertación del seguro. Refuerza esta impresión, en fin, el hecho de que, como refiere el director de la sucursal bancaria en el juicio, en esa época se firmaban 25 o 30 hipotecas mensuales, lo que supone una media de 4 o 5 diarias, por lo que los trámites se hacían muy rápido.

Por todo ello, entendemos que ante esas preguntas tan amplias como las expuestas no parece razonable exigir que el asegurado tuviese que responder que padecía esquizofrenia, en el estado en que se encontraba sin que la entidad aseguradora le formulase preguntas tan elementales o directas y comprensibles por todo el mundo como si padecía o había padecido alguna enfermedad mental o ingreso en unidad psiquiátrica.

En definitiva y recapitulando, la conclusión a la que llega este juzgador es que no puede afirmarse que [REDACTED] engañase a la entidad aseguradora ocultando deliberadamente o por culpa grave los referidos padecimientos, sino que ante el vago y genérico interrogatorio que se le presentó, respondió en atención a la conciencia que tenía de no padecer enfermedad.

Teniendo en cuenta los hechos que se declaran probados, ha de concluirse que el deber de declaración del tomador del seguro se cumplió, pues no se ha acreditado en forma alguna que faltara a la verdad en el escueto y genérico cuestionario que la aseguradora le realizó, no pudiendo sufrir el beneficiario del seguro los perjuicios derivados de que la aseguradora no realice un cuestionario concreto y más exhaustivo sobre la salud del asegurado, pues lo contrario permitiría a las aseguradoras exonerarse de pagar el riesgo cubierto llevando a cabo cuestionarios muy genéricos para después alegar que no se han declarado todos los riesgos existentes en el momento de la contratación, debiendo las aseguradoras realizar cuestionarios con preguntas más concretas que no permitan interpretaciones, o bien realizar exámenes médicos, o examinar el historial del asegurado, y en caso contrario deben sufrir las consecuencias de su falta de diligencia en la contratación.

Y a estas conclusiones se llega al margen de la declaración en el juicio de los parientes del fallecido, pues únicamente de la prueba documental obrante en autos y de la declaración del director de la



sucursal se llega a aquellas, por lo que la tacha carece de sentido, al no ser en modo alguno determinantes esas declaraciones testificales para resolver el litigio.

En conclusión, y por todo cuanto antecede, procede estimar la demanda y condenar a la aseguradora demandada de los pedimentos que venían dirigidos contra la misma.

**TERCERO.-** De conformidad con el artículo 394 LEC procede imponer las costas al demandado.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación,

### **FALLO**

Que ESTIMANDO INTEGRAMENTE la demanda interpuesta por ESTHER HERNÁNDEZ SANDOVAL, contra CASER S.A., debo CONDENAR Y CONDENO a la demandada a abonar la cantidad de 150.000 euros, correspondiendo a BANCO CAJA ESPAÑA DE INVERSIONES, SALAMANCA Y SORIA, el saldo pendiente de amortizar la hipoteca, y a [REDACTED] el resto, más el interés previsto en el artículo 20 de la ley del contrato de seguro desde la fecha de la muerte de [REDACTED] hasta su pago, y todo ello con expresa imposición a la actora de las costas procesales causadas.

Contra la presente resolución cabe interponer recurso de APELACIÓN en el plazo de VEINTE DIAS, ante este Juzgado, para su resolución por la Ilma. Audiencia Provincial de Madrid (artículos 458 y siguientes de la L.E.Civil), previa constitución de un depósito de 50 euros, en la cuenta 0059-0000-04-0751-19 de este Órgano.

Si las cantidades van a ser ingresadas por transferencia bancaria, deberá ingresarlas en la cuenta número IBAN ES55 0049 3569 9200 0500 1274, indicando en el campo beneficiario Juzgado de 1ª Instancia nº 05 de Fuenlabrada, y en el campo observaciones o concepto se consignarán los siguientes dígitos 0059-0000-04-0751-19

Así mismo deberá aportar justificante del pago de la tasa prevista en la Ley 10/2012 de 20 de noviembre por la que se regulan determinadas tasas en el ámbito de la Administración de Justicia y del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

Así por esta sentencia lo pronuncio, mando y firmo.

El/la Juez/Magistrado/a Juez



**PUBLICACIÓN:** Firmada la anterior resolución es entregada en esta Secretaría para su notificación, dándose publicidad en legal forma, y se expide certificación literal de la misma para su unión a autos. Doy fe.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.



Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia Proc. Ordinario firmado electrónicamente por GUILLERMO CORTÉS GARCÍA-MORENO

**Audiencia Provincial Civil de Madrid**  
**Sección Decimotercera**  
c/ Santiago de Compostela, 100 , Planta 3 - 28035  
Tfno.: 914933911

37007740

N.I.G.: 28.058.00.2-2019/0007691

**Recurso de Apelación 163/2021 B-2**

**O. Judicial Origen:** Juzgado de 1ª Instancia nº 05 de Fuenlabrada  
Autos de Procedimiento Ordinario 751/2019

**APELANTE:** UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.  
PROCURADOR D. JAVIER ALVAREZ DIEZ

**APELADO:** Dña. [REDACTED]  
PROCURADORA Dña. OLGA LOPEZ MIRAYO

D. [REDACTED]  
PROCURADORA Dña. MARIA DEL PILAR RODRIGUEZ BUESA

**SENTENCIA N° 398/2021**

**TRIBUNAL QUE LO DICTA:**

**ILMA SRA. PRESIDENTA:**

Dña. INMACULADA MELERO CLAUDIO

**ILMOS/AS SRES./SRAS. MAGISTRADOS/AS:**

Dña. Mª CARMEN ROYO JIMÉNEZ

D. LUIS PUENTE DE PINEDO

Visto, siendo ponente la Iltna. Sra. Magistrado **Dª Inmaculada Melero Claudio** quién expresa el parecer de la Sala.

En Madrid, a veinticinco de octubre de dos mil veintiuno.

La Sección Decimotercera de la Audiencia Provincial de Madrid, compuesta por los Señores Magistrados expresados al margen, ha visto en grado de apelación los autos de Juicio Ordinario sobre Obligaciones, procedentes del Juzgado de 1ª Instancia nº 5 de Fuenlabrada, seguidos entre



partes, de una, como demandante-apelado D<sup>a</sup>. [REDACTED] en nombre y representación de su hijo menor de edad D. [REDACTED], representado por la Procuradora D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> del Pilar Rodríguez Buesa y asistido por la Letrada D<sup>a</sup>. Anahí Rodríguez Montes, y de otra, como demandado-apelante UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., representados por el Procurador D. Javier Álvarez Díez y asistido por el Letrado D<sup>a</sup> [REDACTED]

### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** Por el Juzgado de Primera Instancia nº 5 de Fuenlabrada, en fecha veintiocho de septiembre de dos mil veinte, se dictó SENTENCIA, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: “Que ESTIMANDO INTEGRAMENTE la demanda interpuesta por ESTHER HERNÁNDEZ SANDOVAL, contra CASER S.A., debo CONDENAR Y CONDENO a la demandada a abonar la cantidad de 150.000 euros, correspondiendo a BANCO CAJA ESPAÑA DE INVERSIONES, SALAMANCA Y SORIA, el saldo pendiente de amortizar la hipoteca, y a [REDACTED] el resto, más el interés previsto en el artículo 20 de la ley del contrato de seguro desde la fecha de la muerte de Jorge hasta su pago, y todo ello con expresa imposición a la actora de las costas procesales causadas”.

**SEGUNDO.-** Interpuesto recurso de apelación y admitido a trámite, el Juzgado realizó los preceptivos traslados y una vez transcurrido el plazo elevó los autos a esta sección de la Audiencia, donde se formó rollo y se ha turnado la ponencia. La votación y fallo ha tenido lugar el día **diecinueve de octubre de dos mil veintiuno**, quedando visto para sentencia.



**TERCERO.-** En la tramitación del recurso se han observado las prescripciones legales.

### **FUNDAMENTOS JURIDICOS**

**PRIMERO.-** Frente a la resolución pronunciada por el Juzgado de Primera Instancia Número Cinco de los de Fuenlabrada, se alza la apelante UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. alegando los siguientes motivos de impugnación:

1º.- Cuestiones objeto de debate en el procedimiento y hechos en los que existe conformidad entre las partes y/o han sido declarados probados por la sentencia de instancia y hechos controvertidos;

2º.- Valoración conjunta de la prueba;

3º.- Validez del cuestionario de salud;

4º.- Ocultación de las enfermedades que padecía el tomador en el cuestionario de salud.

**SEGUNDO.-** La Sala, en uso de la función revisora que le es propia (artículo 456 de la LEC), examinado que ha sido el contenido de las actuaciones y a tenor de las alegaciones de la parte apelante contenidas en su escrito de interposición del recurso de apelación, acepta los razonamientos jurídicos contenidos en la sentencia apelada, motivación que se considera suficiente y que ha de darse por reproducida a los efectos de su confirmación por no quedar aquella desvirtuada por las alegaciones de la litigante apelante.



En tal sentido, puede, y debe, este Tribunal remitir a dicha fundamentación a los fines de dar cumplimiento a la obligación que el artículo 120.3 de la Constitución Española impone a los Jueces y Tribunales, cual es la de dar a conocer a las partes las razones de su decisión, obligación que igualmente se contiene en el artículo 218 de la LEC. Al respecto debe recordarse que tanto la doctrina dimanante del Tribunal Constitucional (sentencias 174/1987, 11/1995, 24/1996, 115/1996, 105/97, 231/97, 36/98, 116/98, 181/98, 187/2000), como del Tribunal Supremo (sentencias de 5 de octubre de 1998, 19 de octubre de 1999, 3 y 23 de febrero, 28 de marzo, 30 de marzo, 9 de junio, 21 de julio de 2000, 2 y 23 de noviembre de 2001), permite y admite la motivación por remisión a una resolución anterior, cuando la misma haya de ser confirmada y precisamente, porque en ella se exponían argumentos correctos y bastantes que fundamentasen en su caso la decisión adoptada, de forma que en tales supuestos, como precisa la Sentencia del Alto Tribunal de fecha 20 de octubre de 1997, subsiste la motivación de la sentencia de instancia puesto que la asume explícitamente el Tribunal de segundo grado.

Para un mejor análisis de la cuestión sometida a revisión de este Tribunal de apelación conviene recordar que el presente procedimiento se inicia por demanda formulada por el menor [REDACTED], quién comparece a través de su madre [REDACTED], en ejercicio de acción de reclamación de cantidad, contra la entidad CAJA ESPAÑA DE INVERSIONES, CAJA DE AHORROS Y MONTE DE PIEDAD, hoy BANCO DE CAJA ESPAÑA DE INVERSIONES, SALAMANCA Y SORIA (BANCO CAJA ESPAÑA), en base en síntesis, en los siguientes hechos:



1º.- En fecha 13 de septiembre de 2006 [REDACTED] suscribió como parte prestataria, junto con sus padres y hermano [REDACTED]

[REDACTED], un préstamo con garantía hipotecaria otorgada por CAJA ESPAÑA DE INVERSIONES, CAJA DE AHORROS Y MONTE DE PIEDAD (BANCO CAJA ESPAÑA); dicho préstamo con garantía hipotecaria se elevó a público mediante escritura notarial otorgada ante el Notario D. Gonzalo Campuzano Pérez de Molino, bajo su protocolo 2256;

2º.- Para reforzar dicha garantía BANCO CAJA ESPAÑA impuso, en cualquier momento, la constitución de un seguro de amortización del préstamo. En concreto dicha cláusula establece: *“Caja España de Inversiones, Caja de Ahorros y Monte de Piedad, podrá exigir al prestatario en cualquier momento, en beneficio de la misma, la constitución de un seguro de amortización del préstamo, para el caso de fallecimiento del deudor, con cualquier Entidad aseguradora legalmente capacitada”*.

Y añade que pese a la aparente posibilidad de elección de entidad aseguradora (*“con cualquier Entidad”*) la realidad fue que Caja España de Inversiones impuso a los prestatarios la condición sine qua non de suscribir una póliza de vida con la entidad Caja España Vida, bajo la advertencia de no conceder el préstamo solicitado en caso contrario;

3º.- En la misma fecha en la que se firmó la escritura de préstamo, D. [REDACTED] suscribió como tomador con la entidad CAJA ESPAÑA VIDA una póliza de seguro con el número 000002 0002 0006 510104, siendo el objeto de la póliza garantizar el cumplimiento del préstamo hipotecario;



4º.- El [REDACTED] cubrió diligentemente el cuestionario de salud, respondiendo sinceramente a las preguntas concretas que se le efectuaron, y sin omitir intencionadamente ningún dato relacionado con su salud que pudiera influir en la exacta valoración del riesgo;

5º.- El 12 de octubre de 2016 aconteció el hecho asegurado por la póliza al haber fallecido el [REDACTED], debiendo remarcarse que la causa de la muerte no vino dada por ninguna enfermedad diagnosticada que el [REDACTED] hubiese podido omitir en el cuestionario de salud, por lo que en ningún momento puede ampararse la negativa de CAJA ESPAÑA VIDA a cumplir con sus obligaciones;

6º.- Que a fecha de ocurrencia del siniestro, el capital pendiente de amortizar del préstamo vinculado al seguro ascendía a 107.595,74 €.

**TERCERO.-** La reciente sentencia de este mismo Tribunal de fecha 15 de septiembre de 2021 dice al respecto:

*“SEGUNDO. El deber de buena fe de los arts. 10 y 89 LCS. El recurso de apelación interpuesto incide en diversos aspectos de la sentencia, concretando como objeto de recurso el error de valoración de prueba, esencialmente en cuanto a la información facilitada al responder al cuestionario de salud y al conocimiento que podía existir antes de firmarse el contrato de los padecimientos sufridos por él y que terminaron desembocando en el fallecimiento.*

*Pues bien, en relación al valor que pueden tener las respuestas que han de darse al responder al cuestionario de salud debe tenerse en cuenta que la*



*doctrina del Tribunal Supremo mantiene el criterio de entender que procede la libre exoneración de la compañía, cuando el asegurado falta al deber de colaboración a la hora de responder al cuestionario que le es presentado por la misma, ocultando datos relevantes para la determinación del riesgo como pone de manifiesto la reciente sentencia del Tribunal Supremo de 15 de Octubre de 2003 la cual señala "... la infracción por el Asegurador causante de las actoras de cuanto sanciona el citado art. 10 es evidente, ya que en el mismo contexto del cuestionario preceptivo aparece cómo el interesado contesta negativamente a toda la serie de preguntas que se le formulan sobre su estado de salud y, sobre todo, si ha sido objeto de alguna prueba médica especial o recibido asistencia sanitaria por padecer algún trastorno somático, lo que según la Sala en sus "facta" (es revelador cómo tras después de un internamiento prolongado en un centro Hospitalario, suscribe dos meses después el controvertido seguro de vida) demuestran la infracción de ese elemental deber en quien pretende asegurar su vida ante contingencias determinantes de su pérdida de salud; y sin que, además, sea atendible cuanto expone el Motivo de que sea imputable cualquier omisión de tales datos a la conducta del facultativo que verificó su reconocimiento médico y no pudo detectar esas anomalías por el asegurado padecidas, pues, ese quehacer profesional en tal cuestionario requiere una mínima colaboración o información del propio interesado, lo que, claro es, no aconteció".*

*Ahora bien, la jurisprudencia ha reiterado también que para la aplicación de la sanción de nulidad del contrato al amparo del art. 10 de la LCS, es requisito ineludible que el asegurado sea sometido a un cuestionario previo en el que debe declarar sobre las circunstancias relativas al riesgo y cuando esta conducta sea calificada de dolosa o de culpa grave encuentra encaje en el art. 1269 del Código Civil como base para declarar la nulidad del*



*contrato por aplicación del art. 10 al que hemos aludido. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 22 de febrero de 2001 señalaba "Como ha reconocido la doctrina científica y señala la sentencia de esta Sala de 11 de noviembre de 1997, el deber de información que el art. 10 de la Ley 50/1980 impone al tomador del seguro, ha sido concebido más que como un deber de declaración, como un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunta por el asegurador; aunque este deber de información se extiende a todas las circunstancias subjetivas u objetivas que, de ser conocidas por el asegurador, puedan influir decisivamente en su voluntad de celebrar el contrato, las consecuencias que establece el citado art. 10 exigen la existencia de un cuestionario formulado por el asegurador previamente a la celebración del contrato".*

*Por otra parte, las sentencias de 23 de junio de 1993 y 4 de septiembre de 1996 vienen a señalar que la conducta dolosa del tomador del seguro no se concreta ni se agota en la simple ocultación de la dolencia, sino que requiere para ser tenida por tal que la enfermedad sea persistente padeciéndola en el momento de concertar la póliza y que el estado de salud se vea afectado al suscribir la misma. Además, debe existir una relación y vinculación entre el padecimiento que se ocultó y la enfermedad que finalmente determinó su muerte o incapacidad. En ese sentido la sentencia de la Audiencia Provincial de Asturias de 24 de junio de 2003 señaló que para que se pueda producir la liberación de las obligaciones por parte de la aseguradora, como declara la jurisprudencia (Sentencias del Tribunal Supremo de 12 de noviembre de 1987 y 6 de noviembre de 1985, entre otras), es necesario que se trate de una omisión relevante, lo que "excluye la trascendencia que se ha de dar a las omisiones que no lo sean en relación con el riesgo que ha llegado a*



*producirse, para cuya evaluación indispensable es que la entidad las tuviese presentes".*

*Criterio que esta misma Sala ha mantenido en la sentencia 15 de marzo del 2019, en el recurso 600/2018, ponente D. LUIS PUENTE DE PINEDO.*

*Así pues, por una parte ha de existir una actuación diligente por parte de la aseguradora en el momento de firmar el contrato, debiendo de formular preguntas claras y concretas encaminadas a conocer la situación física del asegurado, acompañándolo de los análisis o pruebas diagnósticas complementarias que se estimen necesarias, sin que pueda trasladar al tomador del seguro la responsabilidad por sus propios actos negligentes al no formular las preguntas de forma clara o hacerlo de una forma muy limitada y en términos tan genéricos que no pueda apreciarse una intención de engaño por parte del asegurado en el momento de suscribirse la póliza. Por su parte, y respecto del asegurado, en el momento de firmar se la póliza existe un deber de buena fe y de contestar fielmente a las preguntas que se le formulen, que en todo caso debe ser respetado, de modo que su obligación es contestar a lo que se le pregunte, y paralelamente, no ocultar aquella información relevante que deba ser tomada en consideración a la vista de las preguntas que se le formulen, pues debe recordarse que lo que existe es un deber de respuesta con buena fe al cuestionario pre elaborado por la aseguradora. A ello debe añadirse que no basta no basta con la ocultación de determinados padecimientos que finalmente resulta ser irrelevantes para la enfermedad que desembocó en su fallecimiento, pues la ocultación de determinadas intervenciones o tratamientos pasados, que finalmente provocaron su muerte".*



En definitiva, como dice la reciente STS de fecha 29 de abril de 2021 “...De la muy copiosa jurisprudencia de esta sala sobre la interpretación del art. 10 LCS (p. ej., sentencias 661/2020, de 10 de diciembre, 647/2020, de 30 de noviembre, y 639/2020 y 638/2020, estas dos últimas de 25 de noviembre, y 611/2020, de 11 de noviembre) resulta especialmente de interés para el presente recurso lo siguiente: (i) el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro; y (ii) lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro”.

**CUARTO.-** Insiste la recurrente en que los informes médicos hospitalarios y de asistencia primaria incorporados en período probatorio, han confirmado y ampliado la información que ya constaba acreditada en los informes parciales que la parte actora había facilitado tanto en la tramitación del siniestro como en la demanda, acreditando la existencia de las dolencias que el asegurado padecía al suscribir el cuestionario de salud y que incumplió conscientemente su deber de ser veraz en las respuestas al cuestionario de salud incurriendo en dolo o culpa grave, lo que constituye causa de liberación del pago del seguro.



Y así, afirma que en el supuesto enjuiciado ha quedado acreditada la inveracidad sobre la existencia de otras enfermedades en el momento de la contratación del seguro, además de la existencia de la Esquizofrenia, tales como el Asma Crónica, Tos Expectorante Crónica, e Hiperlipemia Mixta, y la existencia de tratamientos médicos y farmacológicos por las diversas dolencias que padecía cuando contrató el seguro. Y a lo que habría de añadir la existencia de riesgos para la salud tales como tabaquismo, consumo de estupefacientes y alcohol.

Es decir, considera que de las pruebas obrantes en las presentes actuaciones ha quedado acreditado que la [REDACTED] padecía las siguientes enfermedades:

- ESQUIZOFRENIA, la cual padecía al menos desde al año 2003, tres años antes de contratar el seguro.

- ASMA (19-11-2003: Informe de Urgencia del Hospital José Germain: “Antecedentes personales: Asmático”).

- ALCOHOL, TABAQUISMO, SUSTANCIAS TOXICAS: (19-11-2003: Informe de Urgencia del Hospital José Germain: “Fumador. Consumo de cannabis”).

- HIPERLIPEMIA MIXTA: Informe Clínico del Centro de Salud de Cuzco de Fuenlabrada (documento número 8 de la demanda y documento número 20 de la contestación): “EPISODIOS ABIERTOS:...HIPERLIPEMIA MIXTA”.



- OTRAS ENFERMEDADES:

22-12-2003: “Conjuntivitis Infecciosa Bacteriana”.

07-07-2004: “Candidiasis oral”.

05-05-2005: “Disturbios alteración de la visión”

27-09-2005: “Astenia”

29-03-2006: “Tos, Expectoración, Crónica”

17-04-2006: “Gastroenteritis Infecciosa Inespecífica”.

En definitiva, que del contenido de los informes médicos se concluye que el asegurado padeció esquizofrenia desde el año 2003, cuando contaba 17 años de edad, con un primer brote psicótico por el que fue hospitalizado en el Centro de Salud Mental de José Germain del el 9-11-2003 hasta el 14-12-2003. Desde su primer brote psicótico en el año 2003, sufre de enfermedad mental ininterrumpidamente, diagnosticada como Esquizofrenia paranoide en el año 2005, y está sometido a medicación y tratamiento médico hasta el año 2011, tal y como consta en el Informe de Alta de Hospitalización del Servicio de Salud mental del Hospital de Fuenlabrada de 20-02-2014: *“ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS: Antecedentes de seguimiento en SM por clínica psicótica habiendo precisado ingresos. Se diagnosticó de esquizofrenia paranoide en un principio, pero en 2011 fue dado de alta por salud mental con estabilidad clínica”*.

Todo ello acredita que cuando contrató el seguro, el paciente tenía una salud gravemente deteriorada a causa de múltiples enfermedades entre las que destacan por su importancia la esquizofrenia y el asma, aunque también a causa de otras dolencias y hábitos tóxicos, todos todo lo cual ocultó al declarar en el



cuestionario de salud, al responder faltando a la verdad a las preguntas que este contiene.

**QUINTO.-** El cuestionario de salud contenía las preguntas y respuesta siguientes:

*“1.- Está usted de baja por enfermedad o accidente?-----NO*

*2.- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que en el transcurso de los últimos diez años le haya obligado a interrumpir su actividad laboral durante más de quince días consecutivos?-----  
NO*

*3.- ¿Padece o ha padecido de:*

*\* Alguna afección del corazón, del sistema circulatorio, tensión arterial alta o dolores en el pecho;*

*\*.- Hepatitis B o enfermedades transmitidas por contacto sexual;*

*\*.-Algún padecimiento de los huesos o articulaciones o alguna forma de artritis, artrosis o gota:*

*\*.- Enfermedades dermatológicas o enfermedad crónica?-----NO*

*4.- ¿Tiene usted alguna alteración física o funcional?-----NO*

*5.- ¿Le han recomendado consultar a un médico, hospitalizarse, o someterse a algún tratamiento o intervención quirúrgica?-----NO*

*6.- Peso: 68 Kgs. Estatura: 1,67 cms*



7.- *Tensión arterial: 7/12*

8.- *¿Fuma más de 20 cigarrillos al día?.....NO*

9.- *¿Le han indicado que debe realizar o se ha realizado estudios sobre VIH (como SIDA o relacionados)?-----  
NO*

10.- *¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Toma algún tipo de medicación habitualmente, con o sin prescripción médica?.....NO*

11.- *En conclusión, ¿su estado de salud es bueno y sin enfermedad?—  
SI”*

Centrada la controversia en si las preguntas contenidas en el cuestionario eran conducentes a que el asegurado pudiera representarse sus antecedentes de salud conocidos como influyentes para valorar el riesgo, procede advertir, en primer lugar, que algunas de las preguntas, como la referente a si se encontraba en buen estado de salud (pregunta 11) o a si tenía alguna alteración física o funcional (pregunta 4), fueron excesivamente genéricas, en el primer caso "*por referirse de forma ambigua y estereotipada a la salud general del asegurado*" y en el segundo por dejar al arbitrio del asegurado qué entendía por alteración (así lo declaró la sentencia 345/2020, de 23 de junio, respecto de una pregunta sobre si padecía minusvalía o limitación); y en segundo lugar, que aunque también se le preguntó por enfermedades o patologías concretas (pregunta 3), sin embargo no se le preguntó específicamente por problemas mentales, lo que habría sido razonable por ser notorio que constituyen factores de riesgo, como explícitamente reconoció el testigo gestor de riesgos, que afirmó que este tipo



de enfermedades son muy importantes para valorar el riesgo. Por ello, como de forma acertada razona la sentencia recurrida “...es verdad que contesta negativamente a la pregunta de una enfermedad crónica. No puede desconocerse que nos encontramos ante preguntas muy genéricas en la que al unísono se le cuestiona sin diferenciar sobre varios aspectos tan heterogéneos como si presenta hepatitis, afección del corazón, tensión arterial, dolores de pecho, enfermedades dermatológicas o enfermedad crónica, estas dos últimas en un solo apartado, lo que fácilmente puede inducir a pensar que se pregunta por enfermedades crónicas dermatológicas, sin más concreción para su respuesta que un sí o un no, aceptando la aseguradora la misma, sin solicitar ni interesar que se aclare ninguna respuesta. Aunque se leyera literalmente el cuestionario, dada la amplitud de la tercera pregunta, y la variedad de patologías que contiene, resultaba harto difícil que se pudiera ser consciente de la relevancia de todas ellas. Y en esta línea, muchas personas no tienen la percepción de que la esquizofrenia constituya una enfermedad crónica, en el sentido de que altere de forma importante la salud, ni que sea factor de riesgo para la vida”.

En definitiva, no hay constancia de que esos antecedentes en el momento de la firma del seguro impidieran al asegurado llevar una vida normal (pues tampoco constan periodos de incapacidad por enfermedad), por lo que no cabe reprochar al asegurado que no se los representara como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo, pues de nuevo procede resaltar que lo que libera a la aseguradora, conforme al art. 10 LCS, es el dolo o la culpa grave del asegurado, no la mera inexactitud en sus respuestas (STS 29/4/2021).



El Juzgador de instancia hace un examen de la jurisprudencia aplicable y una valoración de la prueba exhaustiva y pormenorizada, dando respuesta a las cuestiones planteadas, analizando cada una de las preguntas y respuestas del cuestionario de salud, y tras el análisis de las actuaciones, y los hechos relevantes puestos de manifiesto, tras la revisión de las pruebas practicadas, llevan en el presente caso como se ha adelantado, a efectuar una misma valoración del material probatorio, al considerarse que el Juzgador a quo no ha incurrido en una errónea valoración de las pruebas practicadas.

En consecuencia con lo expuesto pues, y dando además por reproducidos los demás argumentos esgrimidos en la resolución impugnada, a los que nos remitimos a fin de evitar repeticiones innecesarias, procede la desestimación del recurso de apelación y la íntegra confirmación de la sentencia recurrida.

**QUINTO.-** Que al desestimarse el recurso de apelación, a tenor de lo establecido en el artículo 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, las costas de esta alzada se impondrán a la parte recurrente.

## **FALLAMOS**

Se desestima el recurso de apelación formulado por el Procurador Don Javier Álvarez Diez, en nombre y representación de la entidad UNICORP VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., contra la sentencia dictada en fecha 28 de septiembre de 2020 por el Juzgado de Primera Instancia nº 5 de los de Fuenlabrada, en los Autos Civiles de Juicio Ordinario nº 751/2019, y en su consecuencia se confirma íntegramente la sentencia, imponiendo expresamente a la recurrente las costas de esta alzada.



Contra esta sentencia cabe recurso de casación, siempre que la resolución del recurso presente **interés casacional**, con cumplimiento de los requisitos formales y de fondo de interposición, y recurso extraordinario por infracción procesal, ambos ante la Sala Primera del Tribunal Supremo, los que deberán interponerse ante este Tribunal en el plazo de **VEINTE** días desde el siguiente al de la notificación de la sentencia. No podrá presentarse recurso extraordinario por infracción procesal sin formular recurso de casación.

Haciéndose saber a las partes que al tiempo de la interposición de los mismos, deberán acreditar haber constituido el depósito que, por importe de **50 € por cada tipo de recurso**, previene la Disposición Adicional Decimoquinta de la L.O.P.J., establecida por la Ley Orgánica 1/09, de 3 de noviembre, sin cuyo requisito, el recurso de que se trate no será admitido a trámite.

Dicho depósito habrá de constituirse expresando que se trata de un “Recurso”, seguido del código y tipo concreto de recurso del que se trate, en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de esta Sección abierta con el nº 2580, en la sucursal 3569 del Banco de Santander, sita en la calle Ferraz nº 43.

Devuélvanse los autos originales con testimonio de ella al Juzgado de procedencia a sus efectos.

Así por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.



Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia dictada en apelación 465 firmado electrónicamente por INMACULADA MELERO CLAUDIO, M<sup>a</sup> CARMEN ROYO JIMÉNEZ, LUIS PUENTE DE PINEDO