



www.uclm.es/centro/cesco

**CONTRATO DE SEGURO DE VIDA VINCULADO A UN PRÉSTAMO
HIPOTECARIO: EL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO DEL TOMADOR
CONSTITUYE UN DEBER DE CONTESTACIÓN O RESPUESTA A LAS
PREGUNTAS FORMULADAS POR EL ASEGURADOR**

STS, Sala 1ª, 4 diciembre 2014 (JUR 2015, 19146)

Pilar Domínguez Martínez
Profesora Contratada Doctora de Derecho Civil
Centro de Estudios de Consumo
Universidad de Castilla-La Mancha

Fecha de publicación: 4 de marzo de 2015

Sentencia relevante sobre el alcance del deber de declaración del riesgo por el tomador del seguro al contestar el cuestionario de salud y la necesidad de recabar la contestación de las preguntas hechas por la aseguradora sobre la existencia de enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la contratación de la póliza como criterio determinante de la infracción del deber de declaración. La forma en que se rellena el cuestionario puede servir para determinar si se hicieron las preguntas. El deber de declaración constituye un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se le pregunta por el asegurador. Valoración del dolo o la culpa grave en el tomador del seguro que oculta que ha padecido un cáncer unos pocos años antes a los efectos de la liberación del asegurador del pago de la prestación.

Declara el Tribunal Supremo que en los casos en que el cuestionario es relleno por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación a las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso enjuiciado, que los empleados rellenan el cuestionario con las



www.uclm.es/centro/cesco

contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso debe entenderse que ha existido una infracción del deber de declaración.

NORMATIVA

Según el artículo 10.1. LCS, “El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la declaración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. (..). Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación”.

El tomador del seguro tiene el deber antes de la conclusión del contrato, de declarar a la aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Las consecuencias del incumplimiento de este deber son según el artículo 10.2 LCS:

- a) La facultad del asegurador 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 inexactitudes del tomador del seguro¹.
- b) La reducción de la prestación del asegurador proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Esta reducción se produce únicamente si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.
- c) La liberación del asegurador del pago de la prestación. Este efecto solo se produce, según el artículo 10 II, último inciso, LCS, “si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro”².

ANTECEDENTES DE HECHO

El 1 de marzo de 2006, dos hermanas, Blanca y Guadalupe compraron una vivienda y pidieron un crédito con garantía hipotecaria sobre la misma vivienda que era objeto de

¹ Entre otras, vid. SSTS, Sala 1ª, de 7 junio 2004 (RJ 2004, 4422), 15 julio 2005 (RJ 2005, 9622).

² STS, Sala 1ª, 31 mayo 2004 (RJ 2004, 3554).



www.uclm.es/centro/cesco

compra, a la entidad Bankinter. Este contrato de financiación se firmó el mismo día, el 1 de marzo de 2006. Al día siguiente, el 2 de marzo de 2006, Blanca y Guadalupe firmaron su adhesión a un seguro colectivo de vida. El capital asegurado por Guadalupe era de 120.000 euros, si bien posteriormente fue reducido a 90.000 euros. El riesgo cubierto era el fallecimiento por cualquier causa y la invalidez absoluta y permanente. Constaba como beneficiaria la entidad Bankinter, por el saldo pendiente de amortización en la línea de crédito, y los herederos legales.

En el cuestionario de salud, a la pregunta de si había padecido alguna enfermedad de cáncer o tumor, se contestó que no; a la pregunta de si había sufrido alguna intervención quirúrgica, también se contestó que no; y a la pregunta de si estaba bajo supervisión médica, se contestó que no. El cuestionario fue rellenado por los empleados del banco, pero después de que fueran leyendo cada pregunta a las dos tomadoras del seguro y de que estas contestaran. De tal forma que en el propio cuestionario aparece información (peso, talla...), que sólo se podía conocer porque la hubieran dado en ese momento las tomadoras del seguro.

El 7 de enero de 2008, falleció Guadalupe, como consecuencia de una recidiva de cáncer de mama que le había sido diagnosticado en diciembre de 2004, y que había motivado una intervención quirúrgica el 31 de diciembre de 2004. Tras la muerte de Guadalupe, su hermana Blanca solicitó de la aseguradora (Bankinter Seguros de Vida, S.A.), el abono de la indemnización con cargo al seguro de vida contratado, que debía hacerse efectiva cancelando el crédito y la garantía hipotecaria contratada con Bankinter, S.A., y la entrega del posible sobrante a los herederos de Guadalupe. La aseguradora se opuso por entender que la tomadora del seguro había ocultado su verdadero estado de salud al suscribir la póliza de adhesión al seguro de vida.

El Juzgado de Primera Instancia desestimó la pretensión ejercitada por Blanca porque «el contenido del cuestionario ha de considerarse parte del contrato y por no reflejar fielmente la realidad de la tomadora del seguro y ser precisamente esa enfermedad que no se declara la que finalmente actúa como causa del fallecimiento prematuro». La Audiencia también desestimó el recurso de apelación, por entender que Guadalupe, al contestar el cuestionario de salud, ocultó trascendentales circunstancias a los efectos de la valoración del riesgo, que se encuentran directamente relacionadas con la enfermedad que motivó su fallecimiento.

DECISIÓN DEL TRIBUNAL SUPREMO



www.uclm.es/centro/cesco

Frente a la sentencia de apelación, la demandante interpone recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación. El TS desestima los dos recursos. En cuanto al recurso extraordinario por infracción procesal sobre error de derecho en la valoración de la prueba practicada tanto por el juzgado como la audiencia provincial el TS, entiende que la misma “no puede tacharse de ilógica o irracional, ni incurre en error notorio”.

Asimismo se desestima el recurso de casación sobre infracción de la jurisprudencia respecto de la interpretación de los párrafos primero y tercero del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en relación con supuestos similares al que ahora es objeto de enjuiciamiento (STS, 1ª, 31 mayo 1997), sobre la consideración de falta de presentación del cuestionario cuando el mismo se rellena por la compañía aseguradora, limitándose el tomador a firmarlo, cuyas consecuencias negativas sólo pueden recaer en la propia entidad aseguradora.

Declara el Tribunal Supremo que en los casos en que el cuestionario es relleno por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación a las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso enjuiciado, que los empleados rellenan el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso debe entenderse que ha existido una infracción del deber de declaración.

COMENTARIO

Para la desestimación del recurso, el TS se apoya entre otras en la STS, 1ª, 3 junio 2008 (RJ 2008, 4171) según la cual, el deber del artículo 10 LCS se cumple contestando el cuestionario que le presenta el asegurador, el cual asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta³. Asimismo, según esta Sentencia, la liberación de obligación de indemnizar exige dolo o culpa grave por parte del tomador, no basta con inexactitudes o reticencias como para la reducción de la prestación⁴.

³ SSTS, Sala 1ª, 25 de octubre de 1995 ; 21 de febrero de 2003; 27 de febrero de 2005 ; 29 de marzo de 2006, 17 julio 2007 (RJ 2007, 5138).

⁴ En esta sentencia no se reconoce la existencia de dolo o culpa grave en la declaración que el asegurado, “pues no resulta acreditado la voluntad consciente del asegurado de ocultar información, circunstancias o



www.uclm.es/centro/cesco

Resulta significativa la citada STS, 1ª, 3 junio 2008 (RJ 2008, 4171) que se refiere al ejercicio de la facultad de rescisión por el asegurador. Según esta sentencia, el art. 10 LCS faculta al asegurador para desvincularse de una relación contractual desequilibrada, apoyada en datos inexactos o incompletos, desestabilizadora de la aseguradora y perturbadora para el mantenimiento de la relación de seguro.

El ejercicio de la facultad rescisoria requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Obligación del asegurador de presentar al futuro tomador el cuestionario previo, donde se contienen todos los datos que a juicio de las aseguradoras son esenciales para una correcta evaluación del riesgo.
2. Conocimiento por el tomador del seguro de las circunstancias relativas al riesgo.
3. Reservas o inexactitudes en la declaración del riesgo al asegurador.
4. Carácter esencial de las circunstancias ocultadas en la solicitud de seguro y su influencia en la valoración del riesgo.
5. Dolo específico del tomador del seguro.

Es por ello que para determinar la infracción del deber de declaración del riesgo en cuanto a la liberación de la compañía aseguradora, lo relevante es analizar por un lado si el asegurador ha cumplido la obligación de presentar el cuestionario y este resulta completo, con preguntas concretas y convergentes con la enfermedad omitida relevante en la determinación del riesgo, formuladas al tomador del seguro. Resultando en este punto necesario comprobar la respuestas del tomador a las preguntas planteadas, al margen de quien haya procedido a rellenar el cuestionario. si en el cuestionario el tomador ha incurrido en simples irregularidades o en una conducta dolosa que constituya causa suficiente para permitir la rescisión del contrato.

La STS, Sala 1ª, 2 diciembre 1997 (RJ 1997, 8773) se refiere a la relación de las respuestas del tomador con las preguntas del cuestionario, de forma que “sus respuestas podrán extenderse en más o en menos, según sea la amplitud del cuestionario, ya que sólo ha de responder a su contenido, de ahí que el deber del asegurado a responder con buena fe queda limitado a lo que expresamente se le pregunte, pero sin que le sea exigible suplir la

elementos determinantes para la apreciación del riesgo a cubrir por el contrato de seguro suscrito, ni tan siquiera la mera sospecha de la inexactitud de su declaración”.



insuficiencia de las cuestiones que se le planteen”⁵.

Es por ello que se determina la existencia de dolo en la ocultación de enfermedades ante las preguntas expresas contenidas en el cuestionario⁶, con independencia de que el cuestionario haya sido rellenado por los empleados de la aseguradora. La concreción de las preguntas y la correspondiente respuesta del tomador (ocultación de la enfermedad) pueden considerarse definitorias en la determinación de la existencia de dolo⁷. Así la SAP Tarragona (Sec. 3ª) 20 febrero 1999 (RJ 1999, 4525) se refiere a la falta de culpa grave o dolo en el asegurado no obstante la falta de declaración en el cuestionario de situación como antecedentes de hipertensión del asegurado desde hace 25 años y hábitos de ingesta enólica moderada. La razón aludida por el Tribunal es la inexistencia de pregunta concreta sobre la hipertensión arterial. En sentido parecido, la SAP Granada (Sec. 3ª) 29 mayo 2009 (JUR 2009, 371177) sobre un seguro de incapacidad permanente absoluta, se considera que la omisión por el tomador de padecer litiasis biliar y renal y de haber estado de baja laboral por ello, es irrelevante, habida cuenta la pregunta genérica del cuestionario sobre el padecimiento de enfermedad sin especificar si la misma es grave o leve.

Conforme a los artículos 1260 y 1261 CC, se entiende la concurrencia de 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. Asimismo, las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario. De este modo, la SAP Madrid (Sec. 19ª) 27 octubre 2009 (JUR 2010, 171381) relaciona el art. 1269 CC y con la jurisprudencia al respecto para declarar que "El concepto de dolo que da el art. 1.269 CC, no sólo comprende la insidia directa e inductora sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte debidamente". La "ocultación" según un algunas sentencias, implica voluntariedad, es decir, existencia de dolo o de culpa grave y, por ello, debe valorarse la conducta del declarante asegurado para determinar la omisión voluntaria, es decir la existencia de buena o mala fe y, desde el punto de vista objetivo, si la conducta del asegurado o tomador del seguro viene a frustrar la finalidad del contrato, por los datos inexactos o por la reserva mental⁸. Otras, sin embargo, no tienen en cuenta la buena o mala fe del tomador, respecto a la falta de formulario de salud⁹.

⁵ SAP Valencia (Sec. 8ª) 4 febrero 2008 (JUR 2008, 137832).

⁶ SAP Tarragona (Sec. 1ª) 29 mayo 2006 (AC 2006,2030).

⁷ SAP Vizcaya (Sec. 3ª) 30 julio 2010 (JUR 2010, 400269).

⁸ Entre otras, vid. SSTS 31 mayo 2004 (RJ 2004, 3554), 30 septiembre 1996 (RJ 1996, 6822), 31 diciembre 1998 (RJ 1998, 9775), 24 junio 1999 (RJ 1999, 4486).

⁹ SSTS, Sala 1ª; 12 julio 1993 (RJ 1993, 6006), 27 octubre 1998 (RJ 1998, 8513) lo que viene referido a casos



www.uclm.es/centro/cesco

Para distinguir la existencia de culpa grave, el tribunal debe apreciarlo de los hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial fija y valora. A este respecto, la STS 14 junio 2006 (RJ 2006, 3132) sobre seguro de vida temporal en el que se acredita la omisión por el tomador en el cuestionario del padecimiento de trastorno por el que había obtenido ya la declaración de invalidez permanente total: ocultación maliciosa que impidió a la aseguradora la valoración del riesgo asegurado.

En el caso presente, el Tribunal Supremo reconoce con claridad la existencia de dolo, de omisión dolosa en la ausencia de información de la enfermedad que ocasionó la muerte de la tomadora del seguro, apreciado por el tribunal de instancia de que, pues la referencia a la enfermedad padecida (un tumor) era de tal entidad, en un seguro de vida, que su omisión, al ser preguntada la tomadora del seguro sobre sí había padecido alguna enfermedad de cáncer, si había sufrido alguna intervención quirúrgica y si estaba bajo supervisión médica, no puede tener otra finalidad que engañar al asegurador.

Sin embargo esta consideración no es obstáculo para subrayar la doctrina jurisprudencial invocada, prevista en la Sentencia de 31 de mayo de 1997 (RJ 1997, 4147) sobre los casos en que no conste que el tomador del seguro hubiera sido realmente preguntado y hubiera podido ser consciente de las preguntas del cuestionario y de que, respecto de alguna de ellas, se omitía información relevante para la determinación del riesgo.

No obstante comprobada la existencia de dolo en la omisión de información por parte del tomador (por no declarar haber padecido un cáncer de mama hacía unos años) y por ende la infracción del deber de declaración del riesgo, resulta además inaplicable la exoneración de este deber prevista en el último párrafo del artículo 10.1 LCS sobre la falta de presentación del cuestionario o cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en el, por la mera razón de que el cuestionario fuera rellenado por el personal del banco que actuaba por cuenta de la aseguradora. Lo realmente relevante y determinante de la exoneración del deber de declaración del tomador, al margen de su actuación dolosa, “es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que la tomadora del seguro no fue preguntada por esta información relevante”. Sigue diciendo el TS en la sentencia comentada que “En los casos

inequívocos de dolo (por la suscripción de póliza con conocimiento de enfermedad terminal.



www.uclm.es/centro/cesco

en que el cuestionario es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso, que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso hemos de entender que ha existido una infracción del deber de declaración”.

El deber de declaración del riesgo requiere, según el artículo 10 LCS, la entrega del cuestionario y se refiere siempre a las preguntas concretas planteadas. En efecto, se requiere la colaboración del asegurador lo que revela el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe. La delimitación del riesgo requiere de la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte.

De forma que el deber del tomador más que un deber de declaración constituye 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.

Para determinar la existencia de dolo o culpa grave del tomador/ asegurado no resulta relevante la persona que rellena materialmente el Cuestionario de Salud, aunque sea el tomador del seguro quien lo firme. Precisamente en los supuestos como el enjuiciado pólizas de seguro de vida relacionadas con préstamos hipotecarios, así como también suele ocurrir en los Planes de Jubilación lo habitual es que el cuestionario de Salud sea rellenado por el propio mediador de la compañía aseguradora o por los delegados de las oficinas bancarias (en el presente caso por los empleados de Bankinter Seguros de Vida, S.A)

No obstante se haya llegado a reconocer como falta de presentación del cuestionario, la circunstancia de que el mismo fuera completado por un intermediario y no materialmente por el mismo tomador. Así, según la STS (Sala 1ª) 12 abril 2004 (RJ 2004, 2612) que el cuestionario no sea rellenado por el tomador equivale a una “falta de presentación del cuestionario, es doctrina consolidada y plasmada en la sentencia comentada, no considerar



www.uclm.es/centro/cesco

relevante que el cuestionario no fuera cumplimentado materialmente por el tomador del seguro, siendo habitual que el mediador de seguros o los empleados lo rellenen según las manifestaciones verbales del tomador. De este modo, la STS, 1ª, 24 junio 1999 (RJ 1999, 4486) se refiere a la irrelevancia sobre el aspecto de la redacción material del mismo, al estar firmado por el asegurado, se presume que abarca a toda su integración instrumental.

Por tanto la determinación de la ocultación de datos y por ende el incumplimiento del deber precontractual de declaración del riesgo y la falta de cobertura de la póliza no resulta afectada por el hecho de quien haya completado o redactado el cuestionario¹⁰.

Lo verdaderamente definitorio es el deber de respuesta del tomador en relación con el deber de declaración de riesgo, más que un deber de declarar, un deber de contestación o respuesta, debiendo el asegurador, al ser el asegurador el que tiene más conocimiento de la relevancia de los hechos para la adecuada valoración del riesgo y por ello debe preguntar aquellos datos que estime oportunos¹¹. Por ello además de la carga de formulación de las preguntas concretas que faciliten la determinación del riesgo, también resulta imputable a la aseguradora el cumplimiento de la obligación de proporcionar al tomador el conocimiento suficiente sobre el sentido del cuestionario de salud¹².

El deber o carga del tomador del seguro de contestar o dar respuesta al cuestionario de salud “no implica un deber activo de declaración a lo que se le pregunta por el asegurador”, es decir un deber de respuesta, un deber que debe entenderse cumplido presupuesto el cumplimiento del deber de presentación del cuestionario completo por la compañía aseguradora que debe formular y exigir las respuestas a las preguntas planteadas¹³. En otro caso, la compañía debería soportar las consecuencias. SSTS, Sala 1ª; 17 febrero 2004 (RJ 2004, 1299), 23 septiembre 1997 (RJ 1997, 6822), 9 abril 2001 (RJ 2001, 6648) . El cumplimiento de la exigencia sobre la formulación de las preguntas no puede resultar

¹⁰ STS, 1ª, 15 octubre 2003 (RJ 2003, 6843), 31 mayo 2004 (RJ 2004, 3554), 7 diciembre 2004 (RJ 2004, 7915), 2 marzo 2006 (RJ 2006, 918), 24 junio 1999 (RJ 1999, 4486), entre otras.

¹¹ SAP Valencia (Secc. 6ª) 20 mayo 2014 (JUR 2014, 255799) según la cual, la omisión de patologías médicas existentes se revela insuficiente como para apreciar en el asegurado una conducta dolosa o negligente en su deber de información.

¹² STS, Sala 1ª; 2 marzo 2006 (RJ 2006, 918). Además, según la STS, Sala 1ª, 6 abril 2001 (RJ 2001, 4784), debe tenerse en cuenta atendiendo a las relaciones de conocimiento o proximidad entre el agente y el asegurado y al grado de instrucción de éste, sí se ha valorado dicha circunstancia para descartar el dolo o la culpa grave del asegurado.

¹³ SSTS Sala 1ª; 26 julio 2002 (RJ 2002, 8550), 18 junio 2002 (RJ 2002, 5894).



www.uclm.es/centro/cesco

desvirtuado por el hecho que el cuestionario haya sido completado por un empleado, pues como declara el TS en la presente sentencia: “la forma en que se rellena el cuestionario puede servir para determinar si se hicieron las preguntas”.

Consta acreditado, en el caso enjuiciado, que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso, la ocultación del cáncer de mama padecido resulta determinante de la existencia de una infracción del deber de declaración y por ende la liberación del asegurador del pago de la prestación.