

SEGUROS DE PERSONAS Y DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO: JURISPRUDENCIA RECIENTE SOBRE EL ARTÍCULO 10 LCS

PERSONAL INSURANCE AND DUTY OF RISK DECLARATION:
RECENT JURISPRUDENCE ON ARTICLE 10 LC

Manuel Israel Morán Arias¹

Sumario: *I. El deber precontractual de declaración del riesgo: notas introductorias relativas a la delimitación del deber. II. Consecuencias de la infracción del deber de declaración. III. Jurisprudencia reciente sobre el deber de declaración del riesgo en los seguros de personas. 1. Previo. 2. Jurisprudencia destacada de los últimos años. 2.1. STS 417/2023 de 27 de marzo. 2.2. STS 785/2021 de 15 de noviembre. 2.3. STS 839/2021 de 2 diciembre. 3. Algunas conclusiones generales y específicas a la vista de la jurisprudencia reciente 3.1. Deber de declaración, deber de respuesta. 3.2. Los límites del deber se encuentran en el cuestionario. 3.3. La relevancia de la causalidad en caso de incumplimiento. IV. Bibliografía.*

Resumen: El artículo 10 de la Ley 50/1980 del Contrato de seguro regula el deber precontractual de declaración del riesgo como un elemento fundamental para la adecuada configuración del contrato de seguro. A pesar de que el contenido de este deber ha sido extensamente tratado tanto por la mejor doctrina como por la jurisprudencia, aún continúa generando una amplia litigiosidad en España. Recientemente la Sala Primera del Tribunal Supremo se ha pronunciado sobre el alcance de su incumplimiento en varias sentencias que analizaremos en el presente artículo. La especial importancia que tiene el cumplimiento de este deber precontractual en los seguros de personas, hace que compañías aseguradoras y futuros tomadores deban conocer correctamente el alcance de esta obligación.

¹ Abogado. Prof. Asociado de Derecho Mercantil. Prof. Tutor UNED.

Palabras clave: Deber de declaración. Contrato de seguro. Artículo 10.

Abstract: Article 10 of Law 50/1980 on the Insurance Contract regulates the pre-contractual duty of risk declaration as a fundamental element for the correct configuration of the insurance contract. Although the content of this duty has been extensively discussed by both the best doctrine and jurisprudence, it still continues to generate extensive litigation in Spain. Recently, the Supreme Court has ruled on the extent of non-compliance in several sentences that we will analyze in this article. The special importance of compliance with this pre-contractual duty in personal insurance means that insurance companies and future policyholders must correctly know the scope of this obligation.

Key words: Duty of risk declaration. Insurance contract. Article 10.

I. EL DEBER PRECONTRACTUAL DE DECLARACIÓN DEL RIESGO: NOTAS INTRODUCTORIAS RELATIVAS A LA DELIMITACIÓN DEL DEBER

El artículo 10 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro (en adelante LCS) establece que 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 valoración del riesgo.

Si el pago de la prima se entiende como el principal deber del tomador una vez se ha perfeccionado de manera efectiva el contrato de seguro, el deber precontractual de declaración del riesgo se constituye como una obligación fundamental del tomador antes de la propia formación del contrato.

La importancia de este deber reside en la necesidad de conocer por parte del asegurador ciertos datos relativos al riesgo asegurado para la correcta configuración y el adecuado posterior funcionamiento del contrato de seguro. Alcanzar dicho conocimiento para las compañías aseguradoras resulta difícil, excesivamente costoso, o -en ocasiones- incluso se entenderá como imposible, pues por sí mismo el asegurador no podrá obtener dichos datos que, únicamente, podrá conocer con la colaboración del tomador o asegurado².

Nos encontramos, tal y como lo ha configurado la propia LCS, como un deber de naturaleza precontractual. Cabe plantear aquí,

² En este sentido se expresaba CALZADA CONDE, M.A. en «El deber Precontractual de declaración del riesgo». *Poder Judicial*, N° 16, 1989, pág. 160.

como algunos autores lo han hecho, si no es más conveniente precisar terminológicamente que se trata de un deber que recae no sobre el tomador, sino sobre «el futuro tomador» o, simplemente, sobre el solicitante, pues el contrato, que se encuentra en esos momentos en una fase negocial, puede o no llegar a celebrarse³. Será el efectivo conocimiento por parte del asegurador de esta información el elemento clave para decidir sobre la conclusión o no del contrato, así como las condiciones que regirán el mismo.

A pesar de que la LCS atribuye este deber específicamente al tomador en el propio texto del artículo 10, no debemos olvidar que el artículo 7 de la citada ley establece que el tomador puede contratar el seguro por cuenta propia o ajena. Si el tomador del seguro y el asegurado no coinciden en la misma persona, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador del seguro, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado. En ocasiones, por lo tanto, la LCS hace recaer las obligaciones en la figura del asegurado, persona distinta del asegurador, quien en esta fase precontractual estará en mejores condiciones de proporcionar la información que el asegurador solicita. Esto será, entendemos, especialmente importante en los seguros de vida, enfermedad o asistencia sanitaria, donde la información sobre el estado de salud de la persona asegurada es el elemento clave que servirá para la decisión por parte de la aseguradora de la asunción o no del riesgo, o de las condiciones del contrato en caso de ser asumido. La correcta aportación de esta información será más apropiada, naturalmente, si la lleva a cabo la propia persona asegurada.

El texto del artículo 10 determina que el tomador quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, no se le inquiera debidamente por circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario. Se recordará que este inciso final del párrafo 1º del artículo 10 LCS fue introducido por la Ley 21/1990, 19 diciembre («B.O.E.» 20 diciembre), de adaptación del Derecho español a la Directiva 88/357/CEE, sobre libertad de servicios en seguros distintos al de vida, y de actualización de la legislación de seguros

³ Así se plantea en VV.AA. «Comentarios a la Ley del Contrato de Seguro» (BOQUERA MATARREDONA, J; BATALLER GRAU, J; OLAVARRÍA IGLESIAS, J. coords.), Tirant lo Blanch, Valencia, 2002, pág. 164. De igual modo, MARCO ARCALÁ, L. A. «Seguros de personas. Aspectos generales». Aranzadi. Cizur Menor. 2006, pág. 296. En el mismo sentido RUBIO VICENTE, P. J. «El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro». Editorial Mapfre. Madrid. 2003. p. 47 refiriéndose a esta figura como declarante.

privados. Con su inclusión se trató de poner fin a un largo debate sobre el alcance de esta obligación. Así, con esa aclaración, parecía superada la idea decimonónica que partía del antiguo artículo 381 del C. Com y que establecía -se recordará- la nulidad del contrato de seguro en las siguientes circunstancias: (i) por la mala fe probada de alguna de las partes al tiempo de celebrarse el contrato; (ii) por la inexacta declaración del asegurado, aun hecha de buena fe, siempre que pueda incluir en la estimación de los riesgos y (iii) por la omisión u ocultación, por el asegurado, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.

De esa manera la regulación que el artículo 10 mantenía con su redacción anterior, daba a entender que este deber de declaración se configuraba como un deber de carácter espontáneo, por el cual el tomador o asegurado debía declarar todas las circunstancias que considerara relevantes para la configuración del riesgo por él conocidas. Esta idea exigía un deber de diligencia o profesionalidad excesivo y no achacable a esta parte contratante tomadora del seguro, pues se entiende que el asegurador está en mejores condiciones para conocer qué circunstancias serán relevantes para configurar adecuadamente el contrato. Es, por lo tanto, doctrina mayoritaria la que afirma que el deber de declaración se circunscribe a una obligación de respuesta a lo explícitamente preguntado por la compañía aseguradora. El asegurado debe declarar al asegurador las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, pero esto no significa que éste sea quien debe valorar cuáles son las circunstancias relevantes por declarar y cuáles no⁴. Es por lo tanto al asegurador a quien le corresponde la carga de elaborar, con la diligencia que le es exigible, cuestionarios completos y detallados que les permitan recabar informaciones oportunas sobre el estado del riesgo⁵.

La jurisprudencia —con carácter general— hace recaer sobre las aseguradoras los efectos negativos de no haber comprobado la declaración del tomador. Algunos autores reflexionan sobre si es excesivo el alcance de esta imposición, o al menos excesivo en cuanto al contenido del artículo 10, pues siendo el contrato de seguro un contrato de máxima buena fe, cabe preguntarse si no es reflejo de esa buena fe que el asegurador confíe en la descripción del riesgo que hace la

⁴ CALZADA CONDE, M, op. cit, pág. 161.

⁵ Así CALZADA CONDE, M, op. cit, pág. 160 citando las ideas de SÁNCHEZ CALERO en *Ley de Contrato de Seguro*, vol. I. págs. 170 y ss. afirma que el asegurador no sólo debe cuidar la redacción del cuestionario, ha de procurar comprender en él todas las cuestiones que considere relevantes a los efectos de la valoración de los riesgos.

otra parte⁶. Si bien, como decimos, mayoritariamente parece una discusión superada, una parte autorizada de la doctrina reflexiona de manera interesante, en relación a esta *ubérrima bona fides* que debe regir el contrato de seguro, planteando si la sanción al tomador de mala fe por ocultar maliciosamente información debería prevalecer sobre la sanción al asegurador por no haber elaborado un cuestionario exhaustivo⁷.

Con respecto al contenido del deber, no es suficiente que el tomador declare sólo las circunstancias que efectivamente conoce, sino también aquéllas que razonablemente debiera conocer (se le presupone un deber de diligencia). Será imputable la conducta del tomador de buena fe que no emplea esa debida diligencia. Por el contrario, el estado total de ignorancia presupone una conducta diligente e impide la sanción normativa ya que nadie puede declarar los hechos que ignora⁸.

Por otra parte, este deber no comprende las circunstancias que sean conocidas por el asegurador ni aquéllas que debería haber conocido actuando con la diligencia de un ordenado comerciante.

Finalmente, respecto de los aspectos generales o introductorios, también merece exponerse que por lo que respecta al propio cuestionario, en sí, puede entenderse una presunción de relevancia de su contenido, pues el asegurador, al realizarlo con la debida diligencia que se le impone, pregunta todo aquello que presupone con influencia en la valoración que realizará del riesgo. Aun así, como se verá posteriormente, la jurisprudencia ha dictaminado que lo verdaderamente relevante es la *efectiva influencia que en la valoración del riesgo haya tenido lo omitido o inexactamente declarado* y no tanto el hecho de que se haya dejado de responder preguntas del cuestionario. De esta manera, cabría entender que la falta de respuesta a alguna pregunta irrelevante, pese a su inclusión en el cuestionario, no afectará al cumplimiento de su deber por parte del tomador.

⁶ Esta reflexión se plantea en VV.AA. «Comentarios a la Ley del Contrato de Seguro» (BOQUERA MATARREDONA, J; BATALLER GRAU, J; OLAVARRÍA IGLESIAS, J. coords.), op. cit, pág. 166 recogiendo a su vez ideas anteriormente planteadas por GARRIGUES J, en «Contrato de seguro terrestre», 2.ed., Madrid, 1982, págs. 46 y ss. o SÁNCHEZ CALERO, F (dir.) en «Comentario Artículo 10», Ley del Contrato de Seguro, Pamplona, 1999, págs. 192 y ss.

⁷ Estas teorías fueron sostenidas, entre otros, por CALBACHO LOSADA, F; RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, I; BARRIOLA URRITICOECHEA, L en «El deber de declaración del riesgo en la Ley de Contrato de Seguro», *Revista Derecho Mercantil* números 183-184.

⁸ VV.AA. «Comentarios a la Ley del Contrato de Seguro» (BOQUERA MATARREDONA, J; BATALLER GRAU, J; OLAVARRÍA IGLESIAS, J. coords.) op. cit, pág. 167.

II. CONSECUENCIAS DE LA INFRACCIÓN DEL DEBER DE DECLARACIÓN

Continúa estableciendo el artículo 10 LCS, en su segundo párrafo que el asegurador podrá 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.

Esta circunstancia, en la práctica es poco habitual, pues es en el momento de producción del siniestro cuando el asegurador, de acuerdo con la información que pueda requerir o necesitar para constatar la producción del mismo, encuentre divergencias, inexactitudes u ocultaciones deliberadas en lo declarado precontractualmente por parte del tomador o asegurado⁹.

- Es necesario que se haya producido una divergencia entre el riesgo real y el declarado, esto es, que el estado del riesgo al tiempo de descubrirse la reserva no se corresponda con el estado del riesgo declarado por el tomador al tiempo de celebrar el contrato.
- Debe tratarse de una divergencia de tal relevancia que hubiera condicionado la decisión del asegurador, respecto a la conveniencia de contratar o a las condiciones de dicha contratación.
- La conducta debe ser imputable al tomador. Es decir, una conducta, negligente o dolosa encaminada a reservar o no declarar una determinada circunstancia relevante.

Establece también este segundo párrafo que corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Por el principio de la indivisibilidad de la prima, si el contrato finaliza antes de que expire la anualidad del seguro o periodo asegurador en curso, la prima no es restituible. Si por el contrario la prima anual ha sido fraccionada, semestral, trimestral o incluso mensualmente, las partes no satisfechas en el momento de la rescisión devienen exigibles de forma inmediata.

La prima se retiene a efectos de indemnización de daños y perjuicios.

⁹ Esta realidad práctica se pone de manifiesto, entre otros en VVAA. «Ley de Contrato de Seguro» (BADILLO ARIAS, coord.) Ley de Contrato de Seguro. 2º ed. Aranzadi. Cizur menor. 2011, pág. 253.

El dolo o culpa grave del asegurador impide la indivisibilidad, debiendo el asegurador devolver las primas correspondientes al periodo en curso que queda por transcurrir, por ejemplo, con la rescisión del asegurador sin causa justificada¹⁰.

El tercero de los párrafos del citado artículo establece que si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

En este caso, podemos encontrarnos ante dos posibles situaciones:

- Que el asegurador no haya ejercitado su facultad rescisoria por desconocimiento de la reserva o inexactitud del tomador (en la gran mayoría de casos el asegurador conoce la inexactitud del deber con ocasión del siniestro)
- Que siendo consciente el asegurador de la divergencia entre el riesgo real y el declarado, todavía no haya transcurrido el plazo de un mes al que se refiere el párrafo segundo del artículo 10.

La LCS contempla:

- La reducción de la indemnización.
- La liberación del asegurador del pago de la misma.

No es una decisión discrecional del asegurador, sino que se hace depender de la conducta observada por el tomador en su incumplimiento:

- Si media dolo o culpa grave o mala fe, quedará el asegurador liberado del pago de la prestación. La valoración de la conducta del tomador se valorará por los tribunales de instancia.
- Si por el contrario la actitud es sólo negligente, la prestación indemnizatoria quedará reducida a la diferencia entre la parte convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

¹⁰ VV.AA. «Comentarios a la Ley del Contrato de Seguro» (BOQUERA MATARREDONA, J; BATALLER GRAU, J; OLAVARRÍA IGLESIAS, J. coords.), op. cit., pág. 170.

III. JURISPRUDENCIA RECIENTE SOBRE EL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO EN LOS SEGUROS DE PERSONAS

1. Previo

Una vez contextualizado el problema, resulta de gran interés conocer la aplicación efectiva de esta obligación cuando en el supuesto concreto de los seguros de personas (sea de vida, salud o asistencia sanitaria).

Delimitar correctamente el riesgo en estos supuestos se convierte en una tarea especialmente complicada para la aseguradora, pues poseer una adecuada información sobre el estado de salud de la persona asegurada únicamente será posible si la misma aporta todos los datos que conociera o debiera conocer en el momento de llevar a cabo el contrato. Aunque no cabe ignorar en la irrupción de la tecnología y conocimiento de datos, así como su tratamiento en la actualidad. En todo caso, esa declaración se hará efectiva mediante el cuestionario que las aseguradoras habrán presentado al tomador a tales efectos, confiando en la correcta contestación por parte del asegurado a las preguntas realizadas.

El incumplimiento de este deber acarreará importantes consecuencias, pues de otro modo, el contrato podría haber sido realizado bajo diferentes circunstancias o no concluido. Como se expuso con anterioridad, el deber que recae sobre el asegurado no es otro que el de respuesta al cuestionario, ciñéndose el alcance de este a la información solicitada por el asegurador. Aun así, la jurisprudencia deja claro que, a pesar de que las preguntas realizadas puedan tener un carácter genérico o poco concreto, el principio rector del contrato de seguro es la especial buena fe de los contratantes. Esta idea implica que la LCS no puede amparar nunca la ocultación dolosa cuando el asegurado puede razonar que la información que se le está solicitando, a pesar de no estar particularmente delimitada, hace referencia a datos conocidos por él que servirán al declararse el elemento configurador esencial del contrato.

2. Jurisprudencia destacada de los últimos años

2.1. STS 417/2023 de 27 de marzo

El TS dicta Sentencia a propósito de una reclamación del asegurado contra su compañía de seguros, solicitando el cumplimiento de

un seguro de vida con cobertura de invalidez. Esta solicitud vino motivada por la incapacidad absoluta del asegurado como causa de una enfermedad ocular crónica, padecida por la persona desde antes de la firma del contrato, que le ocasionaba una pérdida de capacidad visual agravada de manera progresiva con el paso de los años.

Los hechos relevantes son los siguientes. En marzo del año 2015, el asegurado comunica el siniestro a la aseguradora y reclama la cantidad de 40.000 euros en virtud de su contrato de seguro de vida con cobertura de invalidez permanente absoluta vinculado a un contrato de préstamo. Esta comunicación se lleva a cabo tras haber obtenido informe del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección Provincial del INSS de Badajoz donde se califica al trabajador como *«incapacitado permanente, en grado de ABSOLUTA, a causa de enfermedad común»*, indicando como cuadro clínico residual *«miopía magna bilateral. Atrofia óptica bilateral»* y como limitaciones orgánicas y funcionales *«deficiencia oftalmológica 4 ojo izquierdo, 3 ojo derecho»*, reconociendo al trabajador como incapaz para cualquier trabajo.

En enero del año 2009, el asegurado había suscrito este contrato en el que se añadía un anexo sobre la «declaración de salud del asegurado» en cuya cláusula 1.3 se excluía como causa de la garantía de la invalidez *«las consecuencias de enfermedad o accidente asignadas con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro y que no se le comunicaran a la Aseguradora en el momento de formalizar el seguro»*.

Queda constatado que el asegurado desde su juventud padecía problemas de visión derivadas de un episodio de hipertensión craneal sufrido durante su adolescencia que le llevaron entre los años 2003 y 2013 a necesitar asistencia médica especialista en oftalmología.

En primera instancia, se estima íntegramente la demanda y se condene en costas a la demandada razonando que no puede concluirse que el asegurado infringiera su deber de declaración del riesgo, pues las preguntas a las que fue sometido tenían un carácter genérico o estereotipado, no refiriéndose ninguna de ellas a los problemas de visión que pudiera padecer el reclamante.

En segunda instancia, el recurso de apelación planteado por la aseguradora revoca la sentencia de primera instancia y desestima la demanda, imponiendo las costas de primera instancia al demandante razonando que el asegurado sí infringió el art.10 LCS. Esta infracción se concreta en una ocultación dolosa de información relevante, ya que la enfermedad causante de su invalidez (miopía magna bilateral y atrofia óptica bilateral) la padecía desde mucho antes de firmar la póliza. Resumía la resolución del recurso que si bien el deber de de-

claración del asegurado se ciñe a las preguntas contenidas en el cuestionario (recaendo sobre la aseguradora las consecuencias de una deficiente redacción de estas) en este caso, lo preguntado sí permitía al asegurado vincular que estaba ocultando unos antecedentes médicos previos que podrían influir en la delimitación del riesgo.

Planteado recurso de casación, el Tribunal Supremo, citando las sentencias de 2 de diciembre y 15 de noviembre del año 2021 que analizaremos a continuación, concluye que:

“(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».

En el presente caso, razona el Supremo Tribunal que *«el asegurado infringe su deber de declaración del riesgo cuando, pese a la generalidad del cuestionario, existen elementos significativos que el asegurado debería representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo»*. Siguiendo la línea jurisprudencial marcada por otras sentencias el TS razona que *«ante la evidencia e importancia de esos antecedentes de salud, el mero hecho de que no se le preguntara sobre un tipo de enfermedad concreta, ni por tanto sobre la patología de tipo ocular que padecía, o el hecho de que su enfermedad no tuviera tratamiento efectivo, en el sentido de no poder curarse ni impedir su evolución, no son óbice para que el asegurado, en función de las preguntas que se le hicieron y siendo plenamente consciente de su grave patología ocular y de que estaba bajo control médico, debiera representarse aquellos antecedentes como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo de invalidez»*.

Como observamos en este caso, la especial relevancia que cobra en este tipo de contrato la buena fe de las partes, hacer matizar este deber de declaración que estamos analizando. Si bien el mismo se configura como un deber de respuesta al cuestionario presentado por las aseguradoras, quienes deben de plasmar diligentemente qué infor-

mación precisa requieren del asegurado, nunca puede amparar esta concepción la ocultación maliciosa por parte del asegurado de datos o circunstancias que sólo él conoce o debe conocer.

La ocultación deliberada de una enfermedad previa o una circunstancia relevante que pudiera variar la configuración del propio contrato de haberse conocido en el momento de su formación, no puede ser amparada como una conducta válida por parte del asegurado a pesar de que no haber sido preguntado específicamente sobre dicha cuestión, pues la parte aseguradora únicamente puede configurar el contenido del contrato en base a la confianza en la veracidad de lo declarado por el asegurado.

2.2. STS 785/2021 de 15 de noviembre

En un supuesto similar al anteriormente analizado, el presente litigio, trae causa de la reclamación planteada por la tomadora de un seguro de vida, con cobertura de fallecimiento e invalidez permanente absoluta por la cantidad de 44.898,76 euros a su compañía aseguradora.

Comunicado el siniestro, la aseguradora rechaza su pago alegando que, en las respuestas al cuestionario, la asegurada ha ocultado información relevante, contestando de manera negativa a preguntas formuladas en el cuestionario de manera culpable. Por lo tanto, se alega en este caso por parte de la aseguradora, incumplimiento o infracción de ese deber precontractual de declaración del artículo 10 LCS.

La sentencia de primera instancia estima íntegramente la demanda, reconociendo el derecho a recibir la cuantía solicitada al razonar que la omisión de la información solicitada, no tiene una verdadera conexión entre dichas patologías no declaradas y las que han dado origen a su invalidez permanente.

Esta invalidez trae motivo de unos problemas de carácter psiquiátrico (trastorno psicótico de tipo esquizofrénico) derivados, según informes periciales, del fallecimiento de la madre de la asegurada.

En el momento de la contratación, a las preguntas «ha padecido depresión» y si «está en tratamiento médico», la asegurada respondió que no, pero los informes aportados para la obtención de la incapacidad ponían de manifiesto que la demandante había sido diagnosticada previamente de depresión, cosa que ocultó deliberadamente, sufriendo problemas de índole psicológico/psiquiátrico desde los 11 años, necesitando tratamiento médico de manera irregular que esta

persona siguió durante un tiempo y abandonó voluntariamente. Además, los informes periciales, ponen de manifiesto que, en su adolescencia y juventud, la asegurada demandante fue consumidora de sustancias estupefacientes lo que provocó trastornos de la personalidad, según los informes médicos, pudieron desencadenar en la enfermedad psiquiátrica que tras la muerte de su madre provocó la concesión de la invalidez permanente.

En primera instancia, como decíamos, se estima íntegramente la demanda ya que se entiende que no fue esta depresión no declarada y el resto de los padecimientos de tipo mental el desencadenante de su enfermedad psiquiátrica, sino la muerte de su madre. Se razona que, si bien se ocultó por parte de la demandante que había sido previamente diagnosticada de depresión, esta depresión no tiene conexión con la enfermedad posterior pues en ese momento la asegurada demandante se encontraba bien, sin necesidad de tratamiento médico. Se añade además que no fue preguntada específicamente si había padecido enfermedades o patologías mentales que pudieran hacerle vincular razonablemente esos antecedentes con la enfermedad que finalmente desencadenó su incapacidad. Se recuerda entonces que la imprecisión en el cuestionario, debe ser soportada por la aseguradora y no se entiende que exista un incumplimiento doloso por parte de la tomadora del deber de declaración.

Sin embargo, en segunda instancia se estima el recurso de la aseguradora revocando la sentencia de primera instancia, razonando que existían una serie de patologías previas y un tratamiento médico continuado en el tiempo que fue ocultado por la tomadora del seguro, patologías previas que finalmente derivaron en un problema psiquiátrico mayor y por lo tanto hubo un incumplimiento del artículo 10 LCS lo que permite la exoneración del pago a la aseguradora.

Ante esta segunda sentencia, se interpone recurso de casación y el Tribunal Supremo confirma este incumplimiento del artículo 10, manteniendo la sentencia de segunda instancia y nos aclara:

Que 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 recae las consecuencias 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.

Lo que el TS debe examinar es si el tipo de preguntas eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes conoci-

dos por él o que debieran conocerse se referían las preguntas, lo que permitiría ser consciente de que está ocultando o silenciando datos relevantes.

Por lo tanto, para que se incumpla el artículo 10 LCS se necesita:

- Que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante.
- Que dicho dato hubiera sido requerido mediante el cuestionario
- Que el riesgo declarado sea distinto al real.
- Que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante.
- Que el dato sea desconocido por la aseguradora en ese momento
- Que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

En este caso el TS considera que existen pruebas que permiten vincular razonablemente los antecedentes de salud mental ocultados, con la enfermedad o enfermedades que determinaron la invalidez, entendiéndose por lo tanto que existe dolo o culpa grave por parte de la tomadora, pudiendo liberar al asegurador del pago de la prestación tal y como establece el artículo 10 LCS.

2.3. STS 839/2021 de 2 diciembre

Un razonamiento semejante en su fondo a lo expuesto en la Sentencia de 15/11/2021 lo encontramos en la sentencia 2/12/2021 pero con un fallo totalmente opuesto.

En el presente caso, igualmente estamos ante la reclamación de una indemnización por parte del tomador de un seguro de vida, que cubriría el riesgo de fallecimiento y el de invalidez absoluta permanente por la cantidad de 74.112,60. Subsidiariamente se reclama por parte del asegurado demandante la cantidad de 60.000 euros, que era la suma asegurada inicial de la póliza no revalorizada, en el caso de que fuera aplicable a este conflicto el artículo 10.3 LCS.

Esta invalidez permanente viene motivada por una cardiopatía isquémica crónica, producida posteriormente a la formalización del seguro. Comunicado el siniestro, la aseguradora rechazada el mismo al considerar que, en base a los informes médicos presentados como

prueba de esta invalidez permanente, se detecta que se han ocultado datos que la aseguradora considera relevantes, al haber respondido con un «no» a la pregunta «padece o ha padecido de los huesos o las articulaciones». La respuesta proporcionada no era cierta, ya que tiempo antes y debido a varios accidentes laborales el tomador del seguro había sufrido fractura de fémur y clavícula, lo que requirió de intervenciones quirúrgicas y tratamiento médico.

En primera instancia, se estima la íntegramente la demanda, condenando a la aseguradora al abono de las cantidades reclamadas, pues no se considera que la omisión en las respuestas del cuestionario sobre dichas patologías previas se pueda considerar vinculada con el posterior siniestro.

A diferencia del supuesto expuesto con anterioridad, este mismo razonamiento lo va a mantener la segunda instancia y el Tribunal Supremo, que confirma estas sentencias al entender que no existe un nexo causal entre la información omitida y la causa de la invalidez, aplicándose los ya conocidos razonamientos necesarios para que se entienda incumplido el artículo 10 LCS:

- Que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante.
- Que dicho dato hubiera sido requerido mediante el cuestionario
- Que el riesgo declarado sea distinto al real.
- Que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante.
- Que el dato sea desconocido por la aseguradora en ese momento
- Que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

3. Algunas conclusiones generales y específicas a la vista de la jurisprudencia reciente

3.1. Deber de declaración, deber de respuesta

Resulta claro que el deber de declaración precontractual del riesgo debe entenderse como un deber de contestación o respuesta a lo que efectivamente pregunte el asegurador. Tal es el alcance de este principio que sobre el asegurador recaerán los efectos de la no presenta-

ción o de una presentación incompleta de dicho cuestionario. Esta responsabilidad será extensible también a los supuestos en los que el contenido del cuestionario presentado sea excesivamente genérico, ambiguo o con preguntas de carácter general sobre la salud que no permitan identificar al asegurado los antecedentes sobre los que el asegurador trata de recabar la información precontractual para fijar debidamente el riesgo asegurado. La jurisprudencia al respecto es copiosa. Sobre la interpretación del alcance del artículo 10 LCS, entre otras de carácter reciente, encontramos las sentencias 661/2020, de 10 de diciembre, 647/2020, de 30 de noviembre, 639/2020 de 25 de noviembre, 638/2020 de 25 de noviembre, 611/2020 de 11 de noviembre o las señaladas en este mismo documento de los meses de noviembre y diciembre de 2021.

3.2. Los límites del deber se encuentran en el cuestionario

Superada la idea que la Ley 50/1980 de Contrato de seguro heredó de la antigua regulación del Código de Comercio, queda claro que el tomador/asegurado (que pueden o no coincidir en la misma persona) está obligado a responder a las preguntas que el asegurador realiza en los cuestionarios que le presentará antes de la formalización del contrato. La jurisprudencia ha sido clara al respecto y esta idea ya estaba presente como de un deber de respuesta cuyos límites se encuentra en el cuestionario, entre otras, en las STS de 10 mayo de 2011 (Recurso 1401/2007), STS 27 de octubre de 1998; 25 de noviembre de 1993, 31 de mayo de 2004; 17 de octubre de 2007, SSTS 25 de octubre de 1995, 21 de febrero 2003 y 27 de febrero de 2005. De esta manera, los Tribunales reconocían que recabar la información veraz de ciertas circunstancias que solo conoce el asegurado, es clave a la hora de configurar debidamente el contrato de seguro. Una información insuficiente, incompleta o errónea conduce a la aseguradora a contratar en unas condiciones muy distintas a las que se ofrecerían si tuvieran una información adecuada a la realidad del riesgo a asegurar.

Siendo el contrato de seguro considerado un contrato de máxima buena fe, se entiende que ambas partes están cumpliendo recíprocamente con los deberes necesarios para configurar debidamente el contrato preguntando y respondiendo al cuestionario que servirá como elemento fundamental para el posterior funcionamiento del seguro. De esta manera, en ningún caso podrá la aseguradora beneficiarse de una posible inconcreción o ambigüedad a la hora de recabar dicha información si el obligado a responder no es capaz de relacionar claramente qué datos están siendo efectivamente requeri-

dos por la contraparte del futuro contrato. Del mismo modo, la parte asegurada será responsable de no responder honestamente al cuestionario, aportando todos los datos que conozca o pudiera conocer con una debida diligencia. La mala fe o negligencia a la hora de ocultar esta información, como hemos visto, será sancionada por la ley permitiendo a la aseguradora rescindir el contrato, reducir el pago de las indemnizaciones o quedar liberado del abono de las mismas, dependiendo del momento en el que conozca efectivamente que la información recibida por parte del obligado a responder no sirvió para configurar debidamente el riesgo asegurado.

Las meras omisiones o la no declaración de circunstancias conocidas o que el asegurado debiera conocer de datos no relevantes para la configuración del riesgo, no legitiman a la aseguradora para invocar el alcance sancionador del artículo 10 LCS.

De la misma manera, la omisión dolosa por parte del asegurado, como hemos podido comprobar en la jurisprudencia más reciente, no puede ser nunca amparada cuando las preguntas realizadas pueden efectivamente conducir al obligado a responder a vincular información relevante que está únicamente a su disposición con lo efectivamente preguntado.

3.3. La relevancia de la causalidad en caso de incumplimiento

Para que se entienda incumplido el artículo 10 y por lo tanto la aseguradora pueda rescindir el contrato, aminorar el abono de las cantidades que le corresponderían al asegurado o quedar liberado de sus deberes los tribunales han sido claros: no toda discrepancia entre la realidad y lo declarado legitimará a la aseguradora a la invocación del artículo 10 en su párrafo tercero. Serán necesario:

- Que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante.
- Que dicho dato hubiera sido requerido mediante el cuestionario
- Que el riesgo declarado sea distinto al real.
- Que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante.
- Que el dato sea desconocido por la aseguradora en ese momento
- Que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

La causalidad resulta fundamental para entender el artículo 10 como incumplido por parte del asegurado pues, a pesar de que el asegurado haya podido ocultar incluso deliberadamente una información lo suficientemente relevante como para ponerla en conocimiento del asegurador, esta ocultación no puede ser invocada por la aseguradora si no existe una relación causal real entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Bataller Grau, J; Latorre Chiner, N; Olavarría Iblesias, J. «*Derecho de los Seguros Privados*». Marcial Pons, Madrid, 2008.
- Calbacho Losada «El deber de declaración del riesgo en la Ley de Contrato de Seguro», *Revista de Derecho Mercantil* números 183-184, págs. 142-143.
- Calzada Conde, M.A. «El deber precontractual de declaración del riesgo». *Poder Judicial* nº16, págs 159-166.
- Marco Arcalá, L. A. «*Seguros de personas. Aspectos generales*». Aranzadi. Cizur Menor. 2006.
- Rubio Vicente, P. J. «*El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro*». Editorial Mapfre. Madrid. 2003.
- Vergez Sánchez, M. «Sobre el deber de declaración del riesgo del tomador o del asegurado en el seguro de vida; a propósito de la sentencia de la Sección 1ª de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo Supremo nº 1373/2008 de 4 de enero». *Revista española de seguros: Publicación doctrinal de Derecho y Economía de los Seguros privados*, Nº. 142, 2010, págs. 397-406.
- VVAA. «*Ley de Contrato de Seguro*» (Badillo Arias, coord.) Ley de Contrato de Seguro. 2º ed. Aranzadi. Cizur menor. 2011.
- VV.AA. «*Comentarios a la Ley del Contrato de Seguro*» (Boquera Martredona, J; Bataller Grau, J; Olavarría Iglesias, J. coords), Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.

Recursos en línea

Belzuz Abogados, Regla proporcional del artículo 10 del contrato de Seguro (LCS) versus resolución del contrato por parte de la aseguradora». Disponible en <https://www.belzuz.net/es/publicaciones/>

en-espanol/item/11718-regla-proporcional-del-art-10-lcs-versus-resolucion-del-contrato-por-parte-de-la-aseguradora.html. Recuperado 25/03/24.

Hispacolex, Artículos doctrinales. «El asegurado no declaró en el cuestionario médico la patología ocular grave que sufría, pues el seguimiento o control del paciente por un médico es una forma de tratamiento médico. Infracción del artículo 10 LSC». Disponible en <https://www.hispacolex.com/biblioteca/articulos-doctrinales/el-asegurado-no-declaro-en-el-cuestionario-medico-la-patologia-ocular-grave-que-sufria-pues-el-seguimiento-o-control-del-paciente-por-un-medico-es-una-forma-de-tratamiento-medico-infraccion-del-arti/> Recuperado 25/2/2024.