

**Juzgado de Primera Instancia nº 55 de Barcelona**

Avenida Gran Via de les Corts Catalanes, 111, Edifici C, planta 11 - Barcelona - C.P.: 08075

TEL.: 935549455
FAX: 935549555
EMAIL: instancia55.barcelona@xj.gencat.cat

N.I.G.: 0801942120158084856

Procedimiento ordinario 439/2015 -20

Materia: Juicio ordinario por cuantía

Cuenta BANCO SANTANDER:

Beneficiario: (INVALID) Juzgado de Primera Instancia nº 55 de Barcelona

Para ingresos en caja. Concepto: Nº Cuenta Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Pagos por transferencia IBAN en formato electrónico:

. Concepto: Nº Cuenta

Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Pagos por transferencia IBAN en formato papel: IBAN

. Concepto: Nº Cuenta

Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Parte demandante/executor:

Procurador/e

Abogado/a:

Parte demandada/ejecu

Procurador/a:

Abogado/a:

SENTÈNCIA Nº 97/2017

A Barcelona, a 26 d'Abril de 2017.

Vistos per mi, S M C , Titular del Jutjat de Primera Instància Nº. 3 d'aquest partit judicial, les actuacions de Judici Ordinari Nº. 439/15 promoguts per part de la Sra. M P I representada per part del Procurador dels Tribunals Sr. J S L i assistida per part de la Lletrada la Sra. Mª Luisa BLANCO DELGADO contra l'entitat "SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS" representada per part de la Procuradora dels Tribunals Sra. B M B i assistida per part del Lletrat el Sr. J C B , sobre reclamació de quantitat.

ANTECEDENTS DE FET

PRIMER: Per la part actora, mitjançant escrit presentat el dia 4 de Maig de 2015, es va promoure demanda de Judici Ordinari sobre reclamació de quantitat a resultes del contracte d'assegurança de vida i complementari, de invalidesa absoluta, subscrit en data 21 de Maig de 2012, amb l'entitat

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS



demandada, amb un capital assegurat de 50.000 Euros, sempre i quan la invalidesa absoluta es produís després d'un any de la referida contractació, atès que en data 1 d'Abril de 2014, li havia reconegut a la Sra. M P I , per part de la Direcció Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, una incapacitat permanent en grau d'absoluta per a tot tipus de tasca laboral, constant com a quadre residual un adenocarcinoma de ovari, carcinomatosis peroneal i síndrome del túnel carpià bilateral; resultant que les dues patologies primeres van ser diagnosticades en data 14 de Febrer de 2014.

Per aquest motiu, l'actora va comunicar la referida resolució a l'entitat demandada, la qual la va requerir per a l'aportació de determinada documentació mèdica, i finalment, va manifestar que procedia a l'anul.lació de la pòlissa descrita, en tant que les malalties preexistents de l'actora no van ser recollides a la Declaració Jurada de Salut, fonament per a valorar el risc assegurat.

Si bé, la part actora assenyalava que el qüestionari esmentat va ser complimentat per part de l'agent mediador i que en cap cas li va preguntar al respecte de l'existència d'altres malalties a les declarades i així mateix, que la incapacitat permanent absoluta es va declarar com a conseqüència d'una malaltia sobrevinguda amb posterioritat a la celebració del contracte, i no en base d'una de preexistent.

Per la qual cosa, un cop al·legats els fonaments de dret que va tenir per adients, va interessar que es dictés sentència en el sentit de condemnar l'entitat "SEGUROS CATALANA OCCIDENTE S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS" a l'abonament de l'import de 51.565,82 Euros, corresponent al capital assegurat i la seva revalorització, amb més els interessos previstos a l'Art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro.

I tot això, amb expressa imposició de les costes processals causades a la part demandada.

SEGON: En virtut de Decret dictat en data 18 de Maig de 2015, la demanda presentada va ser admesa i es va donar curs pels tràmits del judici ordinari, citant a termini a l'entitat asseguradora demandada.

Aquesta, en data 16 de Setembre de 2015, va presentar escrit de contestació a la demanda, en el sentit de manifestar que la Sra. M P I va contractar la pòlissa objecte de les presents actuacions, en data 21 de Setembre de 2015 i va ocultar de forma deliberada i voluntària les patologies prèvies que patia i malgrat aquest fet, va signar el qüestionari de salut controvertit amb el contingut que constava a les actuacions.

De fet, ja en data 30 de Març de 2012 li havia estat reconegut un percentatge de incapacitat del 42%; en data 5 de Març de 2012, havia estat valorada la seva situació com de incapacitat transitòria per la mútua laboral; i, en data 18 de Maig de 2012, com a creditora d'una incapacitat parcial a

Codi Segur de Verificació:

Signat per M C S

Doc. electrònic generat amb signatura-e. Adreça web per verificar: https://sedejudicial.gencat.cat/APPromissasCSV.html

Data i hora 27/04/2017 09:23

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





resultes de les patologies consistents en fibromiàlgia; síndrome del túnel carpià bilateral; discopatia cervical; discopatia lumbar, migranya i vertígens, dolor generalitzat, sobrepès i trastorns mixtes d'ansietat i depressió; i per tant, la part actora va incomplir el deure de declarar el risc i l'entitat demandada es trobava exonerada de procedir al pagament de la prestació reclamada.

Subsidiàriament, i en el supòsit que no fos estimada la concurrència de la culpa o falta de diligència exigible a l'assegurada, interessava l'aplicació de la reducció de la indemnització d'acord amb la prima abonada, en atenció a allò disposat a l'Art. 10 d la Ley del Contrato de Seguro. Si bé en aquest supòsit, en tant que la part demandada de conèixer les patologies prèvies que presentava l'actora en el moment de la subscripció de la pòlissa objecte de les presents actuacions, no hagués procedit a dita contractació, no seria d'aplicable la referida reducció, però interessava que la indemnització reclamada quedés reduïda al 50%, en atenció a la doble patologia recollida a la Declaración de Incapacidad de la Seguridad Social referida per la Sra. M P I

I per últim, entenia que no procedia l'aplicació dels interessos moratoris previstos a l'Art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro, per existir causa justificada per tal de no satisfer la suma reclamada, no havent incorregut en mora.

Per la qual cosa, un cop al·legats els fonaments de dret que va tenir per adients, va interessar que es dictés resolució desestimant la demanda presentada amb expressa imposició de les costes processals causades a la part demandant.

TERCER: Un cop admesa la contestació a la demanda formulada, les parts litigants van ser citades per a la celebració de l'acte de l'Audiència Prèvia finalment, pel dia 18 d'Octubre de 2016.

Arribat el dia assenyalat, van comparèixer ambdues parts litigants representades per Procurador dels Tribunals i assistides per Lletrat, i van manifestar que no havien pogut arribar a cap acord en relació a l'objecte de controvèrsia.

Per la seva banda, la part actora es va ratificar en el seu escrit de demanda i la part demandada no va oposar la concurrència de cap excepció que impedis la correcta prossecció del procediment i la seva finalització per sentència i també es va ratificar en el seu escrit de contestació a la demanda.

Posteriorment, es van determinar els fets i fonaments jurídics controvertits i la part actora va interessar la pràctica de la prova documental; i la part demandada, la prova documental, testifical i pericial; mitjans probatoris que van ser admesos i posteriorment, practicats a l'acte de judici, celebrat en data 20 d'Abril de 2017, amb el resultat que consta a les actuacions, quedant seguidament aquesta a disposició de S.S^a. per a dictar

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





sentència.

QUART: En la tramitació d'aquest judici han estat observades les prescripcions legals.

FONAMENTS DE DRET

PRIMER.- Objecte del procediment: En el supòsit enjudiciat i en atenció al contingut dels escrits de demanda i contestació de la demanda presentats per cada una de les parts litigants i a la fixació de fets realitzada a l'acte de l'Audiència Prèvia, celebrada en data 18 d'Octubre de 2016, la controvèrsia d'aquest procediment radica en primer lloc, quant al caràcter vençut, líquid i exigible de la suma reclamada per l'actora, de 51.565,82 Euros, en concepte de indemnització derivada del contracte d'assegurança de vida i complementària de invalidesa absoluta, subscripta entre les parts litigants en data 21 de Maig de 2012, en tant la part demandada al·legava que la Sra. M P I en aquell moment, havia incorregut en culpa o falta de diligència, en relació a la complementació de qüestionari de salut signat, al no haver posat de manifest la concurrència de patologies prèvies que haguessin comportat la negativa de l'entitat asseguradora de subscriure el referit contracte. I en segon lloc, quant a l'aplicació dels interessos legalment previstos, en el cas d'haver incorregut l'entitat asseguradora en mora.

Si bé, ambdues parts litigants van manifestar la seva conformitat quant a la subscripció del contracte controvertit i signatura de la Declaració Jurada de Salut, complimentada per part de l'agent corredor d'assegurances, el Sr. J P M (Doc. N.º 1 de la demanda); així com, al respecte de la declaració, en data 1 d'Abril de 2014, per part de la Direcció Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, d'una incapacitat permanent en grau d'absoluta per a tot tipus de tasca laboral de la Sra. M P I, constant com a quadre residual un adenocarcinoma de ovari, carcinomatosis peroneal i síndrome del túnel carpià (Doc. N.º 2 de la demanda); i finalment, al respecte de l'import actualitzat del capital assegurat per la demandada, el qual ascendia a la suma de 51.565,82 Euros (Doc. N.º 10 de la demanda).

SEGON.- Compliment contractual: En aquest supòsit i d'acord a tot allò exposat anteriorment, cal dir que la part actora es troba exercitant una acció de compliment contractual, ex Arts. 1.089 i ss, i 1.258 del C.c., i Arts. 18 i 80 i ss de la Ley del Contrato de Seguro, quant al pagament de les prestacions convingudes amb l'entitat asseguradora demandada en el cas de

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





la producció dels sinistres objecte de cobertura, de invalidesa absoluta, en virtut del contracte d'assegurança de vida, principal, i de invalidesa, complementari, de data 21 de Maig de 2012 (Doc. N°. 1 de la demanda).

I al respecte de la qüestió controvertida, cal dir en primer lloc, que l'Art. 10 de la Ley del Contrato de Seguro, assenyala que: *"El tomador del seguro tienen 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. 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.*

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. Corresponderán al asegurador, salvo que concorra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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." i per tant, en aquest supòsit, en atenció a la causa d'inexigibilitat de la suma reclamada per la Sra. M P I , al·legada per part de l'entitat "SEGUROS CATALANA OCCIDENTE S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS", caldrà analitzar si la Sra. M P I , en el moment de procedir a la complimentació del qüestionari de salut controvertit, amb la intervenció directa del Sr. J P M , com a agent corredor de l'entitat demandada, segons ambdues parts van reconèixer de forma expressa en aquest procediment, va incórrer en dol o culpa greu, i de forma subsidiària, quant a l'aplicació de la regla de proporcionalitat, vinculada a l'import de la prima a satisfer en el cas d'haver conegut el veritable entitat del risc assegurat, abans transcrita, malgrat el fet que l'entitat demandada va negar la seva efectivitat, per entendre que en cap cas hagués estat contractada aquesta pòlissa de disposar de tota la informació al respecte de l'estat de salut de l'actora, interessant finalment, la reducció de l'import reclamat en aquesta seu, en base al contingut de la declaració de incapacitat absoluta de l'avui actora, en un 50%.

En segon lloc i quant l'eficàcia i validesa del qüestionari de salut controvertit, també hem d'assenyalar que la S.T.S. de 5 d'Abril de 2017, recull de forma sistematitzada la jurisprudència assentada al respecte per la

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





Sala 1ª, segons la qual: “La reciente sentencia de esta sala 726/2016, de 12 de diciembre , dictada además en un asunto en que fue parte la misma entidad hoy recurrida, sintetiza la jurisprudencia sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS , abordando las dos cuestiones actualmente controvertidas: el valor como **questionario** de la declaración de **salud** contenida en la documentación que integra la póliza, dada la falta de exigencias formales al respecto, y la configuración del deber del tomador de declarar el riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que le pregunta el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de la presentación de un **questionario** incompleto.

1. Comienza afirmando dicha sentencia que la jurisprudencia de esta sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS aparece compendiada en la 72/2016, de 17 de febrero, que se expresa en los siguientes términos:

«La jurisprudencia de esta Sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS (entre las más recientes, SSTS de 2 de diciembre de 2014, rec. 982/2013 , y 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013 , que a su vez citan y extractan las SSTS de 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999 , 11 de mayo de 2007, rec. 2056/2000 , 15 de noviembre de 2007, rec. 5498/2000 , y 3 de junio de 2008, rec. 154/2001) viene declarando que dicho precepto, ubicado dentro del título I referente a las disposiciones generales aplicables a toda clase de **seguros**, ha configurado, más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador, ya que este, 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. Esta configuración se aclaró y reforzó, si cabe, con la modificación del párrafo primero de este art. 10, al añadirse un último inciso según el cual “[q]uedará exonerado de tal deber (el tomador del **seguro**) si el asegurador no le somete **questionario** o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él” (STS de 2 de diciembre de 2014). En consecuencia, para la jurisprudencia la obligación del tomador del **seguro** de declarar a la aseguradora, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el **questionario** que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, se cumple “contestando el **questionario** que le presenta el asegurador, el cual asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta (SSTS 25 de octubre de 1995 ; 21 de febrero de 2003 ; 27 de febrero de 2005 ; 29 de marzo de 2006 ; 17 de julio de 2007, rec. 3121/2000)”. (STS de 4 de diciembre de 2014)».

»Configurado así este deber, según la STS de 4 de diciembre de 2014

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





las consecuencias de su incumplimiento son las establecidas en el artículo 10 II LCS y consisten en:

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 **seguro**".

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, "[s]i medió dolo o culpa grave del tomador del **seguro**".

»Por tanto, sigue diciendo la STS de 4 de diciembre de 2014, mientras que la "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)".

»Esta misma jurisprudencia ha matizado que el tomador no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el **cuestionario** fuera rellenado por el personal de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de aquella, pues lo verdaderamente relevante es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del **seguro** no fue preguntado por esa información relevante, de tal forma que, "en los casos en que el **cuestionario** es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la

Codi Segur de Verificació:

Signal per al C S

Doc. electrònic generat amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://ejusticia.gencat.cat/AP/consultasCSV.html>

Data i hora: 27/04/2017 09:23

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





tomadora del **seguro** la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del **questionario**, 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 **questionario** 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" (STS de 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013)».

(...) 3 . En consecuencia, procede examinar la segunda cuestión, esto es, si la declaración de **salud**, formalmente válida como **questionario**, lo era también materialmente, es decir, si por su contenido podía concluirse que era conducente a que la asegurada pudiera conocer su **salud** y si las preguntas que se le hicieron eran bastantes para que pudiera ser consciente de que, al ocultar su esquizofrenia, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

En este sentido, la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre , declara que «configurado jurisprudencialmente el deber del tomador de declarar el riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que le pregunta el asegurador, y recayendo en este las consecuencias que derivan de la presentación de un **questionario** incompleto (en el que se omitan circunstancias que puedan influir en la exacta valoración del riesgo), la controversia finalmente se contrae a determinar si las preguntas formuladas (cualquiera que sea la fórmula elegida por el asegurador) "fueron o no conducentes a que, en sus circunstancias, el tomador pudiera razonablemente advertir o ser consciente de la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de **salud** que la aseguradora debiera conocer para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas" (sentencia 72/2016, de 17 de febrero)».

Partiendo de esa doctrina general, su aplicación concreta ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración- **questionario**.

-La sentencia 157/2016, de 16 de marzo , en un caso que guarda cierta semejanza con el presente (pues también se trató de una póliza de **seguro** de vida exigida por la entidad prestamista con la finalidad de garantizar la devolución del préstamo -en aquel caso, para la adquisición de un vehículo a motor-, que fue suscrita por el tomador/asegurado ante los empleados de la entidad bancaria, sin intervención directa de la aseguradora), valora el contenido la declaración de **salud**, en concreto la circunstancia de que se tratara de una cláusula «estereotipada acerca de la **salud** general que presenta el asegurado» en el momento de suscribir el

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





seguro, en la que no se concretaban preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura, y por eso descarta que en ese caso el asegurado hubiera infringido el deber de contestación o respuesta que le imponía el art. 10 LCS al no mencionar la enfermedad (cáncer) que padecía. En concreto declara lo siguiente:

*«Como se observa de la póliza suscrita, lejos de interesar alguna respuesta acerca de enfermedades relevantes del asegurado, caso del cáncer padecido, resulta claramente estereotipada acerca de la **salud** general que presenta el asegurado, sin individualizar o concretar preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura. De forma que no puede considerarse que el asegurado, al no mencionar dicha enfermedad padecida, infringiera el deber de contestación o de respuesta que le impone el artículo 10 de la Ley de Contrato de **Seguro** ».*

*-Por el contrario, en el caso analizado por la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre, respecto de un **seguro** de la misma entidad RV, la sala sí aprecia infracción del deber de declarar el riesgo porque en las condiciones particulares se incluyó una declaración de **salud** según la cual, a diferencia del caso examinado por la sentencia 157/2016, no se le preguntó al tomador de forma meramente genérica si se encontraba en buen estado de **salud** o si había padecido o padecía en ese momento cualquier enfermedad o lesión, sino que se le preguntó específicamente acerca de patologías concretas (cardíacas, circulatorias, oncológicas, infecciosas del aparato digestivo o endocrinas -diabetes-) que además hubieran precisado tratamiento médico, constandingo al respecto que el asegurado sabía, al menos desde el año 1997, que sufría una patología cardíaca y respiratoria grave, para la que se le prescribió como tratamiento oxígeno domiciliario y que terminó siendo la causa de su invalidez. En atención a ello esta sala concluye que, con independencia de la forma elegida por el asegurador para dar cumplimiento a su obligación de someter al tomador/asegurado a un **cuestionario**, lo relevante era que las cuestiones integrantes de la «Declaración de **salud**» fueron suficientemente claras para que el tomador pudiera razonablemente advertir, ser consciente y, por tanto, no ocultar, la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de **salud** que debía percibir como objetivamente influyentes para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas, máxime cuando a continuación de la declaración sobre su **salud**, pero también como declaraciones del asegurado, se incluyeron las relativas al no ejercicio de determinadas profesiones y actividades de riesgo y, en último lugar, la relativa al no consumo de tabaco y/o bebidas alcohólicas, con una precisión para esta última («salvo uno o dos vasos de vino o cervezas al día») que apoyaba más la tesis del tribunal sentenciador sobre la participación consciente del asegurado en su declaración.*

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





-La misma sentencia 726/2016 se apoyaba a su vez en la sentencia 72/2016, de 17 de febrero, que también confirmó la existencia de una actuación dolosa del tomador por ocultar a sabiendas datos sobre su **salud** (antecedentes sobre depresión y posterior trastorno bipolar, que precisaron tratamiento con medicación) conocidos por él y que guardaban relación con las preguntas de los **questionarios** y con la naturaleza y cobertura de los **seguros** de vida e invalidez suscritos. Aunque no se le formularon preguntas sobre una patología o enfermedad en particular, esa sentencia 72/2016, de 17 de febrero, concluyó que, teniendo el asegurado antecedentes de enfermedad psíquica (depresión) que venían mereciendo atención y tratamiento continuado desde al menos doce años antes de su adhesión, «nada justificaba que respondiera negativamente a la pregunta de si había tenido o tenía alguna limitación psíquica o enfermedad crónica, y menos aún que también negara haber padecido en los cinco años anteriores alguna enfermedad que precisara tratamiento médico».

4. El presente asunto presenta una mayor similitud con el analizado por la sentencia 157/2016, de 16 de marzo, y, en consecuencia, la solución ha de ser la misma. En el asunto resuelto por la sentencia 726/2016, de 12 de diciembre, a pesar de que la declaración de **salud** era de un tenor muy similar a la que ahora se enjuicia (no en vano, ya se ha dicho que en ambos casos se trata de **seguros** suscritos por la misma entidad aseguradora), lo determinante para que entonces se apreciara que hubo ocultación dolosa fue que el asegurado era conocedor de que sufría una patología cardíaca y respiratoria grave, por la que había precisado tratamiento con oxígeno domiciliario, y que, preguntado expresamente sobre si padecía o había padecido alguna enfermedad de esa misma naturaleza (cardíaca o respiratoria), lo negó, afirmando tener buena **salud** y plena capacidad para trabajar. En el asunto resuelto por la sentencia 72/2016, aunque las preguntas fueron más genéricas y no se le interrogó sobre una patología en concreto, al menos sí se le preguntó sobre si había tenido o tenía alguna limitación física o enfermedad crónica, situación en la que encajaban sus antecedentes por depresión. En cambio, en el presente caso, a diferencia de los dos anteriores, dados los términos en que se encuentra redactada la declaración de **salud** por parte de la compañía aseguradora, no cabe entender que porque la tomadora no manifestara en 2009 los antecedentes de posible psicosis que padecía desde finales de 2003 estuviera ocultando datos de **salud** relevantes para la valoración del riesgo, pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectante a su **salud** mental (solo se aludió a patologías de tipo cardíaco, respiratorio, oncológico, circulatorio, infeccioso, del aparato digestivo o endocrino -diabetes-) ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental que condujeron

Codif. Segur de Verificació:

Signat per M. C. S.

Doc. electrònic generat amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://ejusticia.gencat.cat/01AFC/consultasCSV.html>

Data i hora: 27/04/2017 09:23

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





finalmente a la incapacidad. En tales circunstancias, siguiendo el criterio de la sentencia 157/2016, de 16 de marzo, ha de ser la aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario -declaración de salud- y la consecuencia de que por tal imprecisión no llegara a conocer el estado de salud de la asegurada en el momento de suscribir la póliza, sin que pueda apreciarse incumplimiento doloso por el tomador del seguro del deber de declaración del riesgo que permita liberar a la aseguradora del pago de la prestación reclamada con base en los arts. 10 y 89 LCS.

En aquest supòsit i de conformitat amb la jurisprudència analitzada, cal dir que va resultar acreditat, en atenció a la pràctica de la prova testifical del Sr. J P M, com agent corredor exclusiu de l'avui demandada, que va ser ell qui va complimentar el qüestionari de salut, aportat com a document N.º 1 de la demanda, formulant totes les preguntes a la part demandant, atès que així ho feia sempre amb tots els seus clients, segons ell mateix va manifestar a l'acte de judici. Si bé, cap resposta va ser incorporada a l'apartat "Indique otras enfermedades que padece o ha padecido", "Especialistas consultados en los últimos 5 años", "detalle de los medicamentos o drogas que consume", determinant el testimoni proposat per l'entitat demandada que no es va incorporar cap resposta perquè la part actora no ho va dir. Extrem aquest últim, que ha de ser valorat molt prudencialment per aquesta Jutjadora, en atenció d'una banda, a la relació laboral que manté de forma exclusiva dit testimoni amb l'avui demandada, i d'una altra, que al restant contingut del formulari esmentat constava, de forma expressa, que l'actora no havia patit cap anomalia cardiovascular, de l'aparell respiratori, de l'aparell digestiu i abdomen i de l'aparell genitourinari, i així mateix que no presentava cap defecte físic o psíquic, i que sí gaudia de bona salut.

Declaracions que van resultar incorporats a les condicions particulars de la pòlissa controvertida (Doc. N.º 1 de la demanda), fent constar quant a les preguntes respecte de les quals no es determinava cap resposta, anteriorment descrites, "sin especificar", a diferència de la resta, on s'especificava un "sí" o un "no", segons els casos.

Per aquest motiu i d'acord a allò anteriorment exposat, quant al deure de contestar veraçment per part de l'assegurador a les preguntes específiques del qüestionari de salut presentat per l'entitat asseguradora, no estant obligat a realitzar una declaració general del seu estat de salut, com resulta en aquest supòsit de la redacció de les preguntes genèriques "¿Goza de Buena Salud?" i "¿Tiene algun defecto Físico o Psíquico?", incorporades al referit formulari, i en tant que no consta acreditat que la Sra. M P I hagués negat o ocultat l'existència d'altres malalties o la consulta durant els últims cinc anys d'altres especialistes, fonamentador de la culpa greu o dol exigít per tal que l'entitat assegurador pogués negar la prestació convinguda, al·legada al seu escrit de contestació a la demanda, presentat en data 16 de

Codi Regur de Verificació:

Signat per M C S I

Doc. electrònic generat amb signatura-e. Adreça web per verificar: https://justicia.gencat.cat/af/consultas/SV.html

Data i hora: 27/04/2017 09:23

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





Setembre de 2015, és pel que cal resoldre en el sentit que els perjudicis derivats de dites imprecisions o manca de concrecions o omissions del qüestionari controvertit, tant quant a la construcció de les corresponents preguntes com en relació a la constatació de les respostes de forma precisa i clara, ha de recaure sobre l'entitat asseguradora; màxim quan en aquest cas, va ser el propi corredor exclusiu de la demandada qui el va complimentar, en els termes anteriorment descrits. I això sens perjudici del veritable estat de salut que presentava la Sra. M P I en el moment de la subscripció del contracte d'assegurança de vida i complementari de invalidesa absoluta, objecte de les presents actuacions, explicitada per part del pèrit Sr. P R R a l'acte de judici, celebrat en data 20 d'Abril de 2017, en ratificació de l'informe pericial aportat a les actuacions com a document N^o. 5 de la contestació a la demanda i de la manca de voluntat presumpta de contractació de l'entitat demandada, al·legada, en el cas de tenir coneixement exacte de les patologies prèvies que patia l'avui actora.

Per la qual cosa, cap engany ni imprudència greu, ni imprecisió en la complementació del qüestionari de salut analitzat seria imputable a la part demandant, en recta aplicació de la jurisprudència assentada al respecte de l'Art. 10 de la Ley del Contrato de Seguro, i en conseqüència, cal desestimar les causes d'oposició formulades per l'entitat asseguradora demandada en aquest procediment, i condemnar-la a l'abonament de la suma de 51.565,82 Euros en favor de l'actora, ex Arts. 1.089 i ss, i 1.258 del C.c., i Arts. 18 i 80 i ss de la Ley del Contrato de Seguro.

TERCER.- Interessos: En matèria d'interessos haurem d'estar a allò previst a l'Art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro i a la jurisprudència del Tribunal Suprem quant a la concurrència de causa justificada que impliqui la inexistència de retard culpable o imputable a l'entitat asseguradora, recollida a la sentència de 21 de Juliol de 2016 i de 5 d'Abril de 2006, segons les quals: *"Si bien de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20.8º LCS, la existencia de causa justificada implica la inexistencia de retraso culpable o imputable al asegurador, y le exonera del recargo en que consisten los intereses de demora, en la apreciación de esta causa de exoneración esta Sala ha mantenido una interpretación restrictiva en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados [...]."*

»En atención a esa jurisprudencia, si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para que la oposición de la aseguradora se valore como justificada a efectos de no imponerle intereses ha de examinarse la fundamentación de la misma, partiendo de las apreciaciones realizadas por el tribunal de instancia, al cual corresponde la fijación de los

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





hechos probados y de las circunstancias concurrentes de naturaleza fáctica para integrar los presupuestos de la norma aplicada.

»Esta interpretación descarta que la mera existencia de un proceso, el mero hecho de acudir al mismo constituya causa que justifique por sí el retraso, o permita presumir la razonabilidad de la oposición. El proceso no es un óbice para imponer a la **aseguradora** los intereses a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar [...]. En aplicación de esta doctrina, la Sala ha valorado como justificada la oposición de la **aseguradora** que aboca al perjudicado o asegurado a un proceso cuando la resolución judicial se torna en imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura [...].

»Con carácter general, en fin, e invocando un modelo de conducta acrisolado, el propósito del artículo 20 LCS es sancionar la falta de pago de la indemnización, o de ofrecimiento de una indemnización adecuada, a partir del momento en que un ordenado asegurador, teniendo conocimiento del siniestro, la habría satisfecho u ofrecido. Siempre a salvo el derecho del asegurador de que se trate a cuestionar después o seguir cuestionando en juicio su obligación de pago y obtener, en su caso, la restitución de lo indebidamente satisfecho».

2.- En aplicación de dicha doctrina el motivo debe ser desestimado. No había entre las partes contradicción sobre la existencia del contrato de seguro en los elementos esenciales del mismo, a salvo la excepción de dolo que invoca la **aseguradora** por entender que el tomador no contestó el **cuestionario** de forma veraz, por lo que se le privó a ella de evaluar el riesgo a la hora de concertar el seguro.

Si en toda reclamación con fundamento en un seguro de vida se permitiese que esa alegación, luego no probada, se constituyese en causa justificada para verse exonerada la **aseguradora** del pago de los intereses del artículo 20 LCS, per se y sin algo más que la reforzase, se haría una interpretación no restrictiva y, por ende, contraria al carácter sancionador que se le atribuye a la norma” i per tant, cal declarar que l’entitat demandada va incórrer en mora, i que l’import al qual ha estat condemnada de 51.565,82 Euros, meritarà un interès anual igual al del interès legal del diner vigent en el moment de la meritació, incrementat en el 50%, fins el dia d’aquesta resolució, amb l’expressa prevenció que transcorreguts dos anys des de la producció del sinistre, l’interès anual no podrà ser inferior al 20%.

QUART.- Costes Processals: Atès que ha estat estimada íntegrament la demanda presentada per part de la Sra. M P I, cal imposar les costes processals causades a la part demandada, atenció a allò establert en el paràgraf segon de l’Art. 394 de la L.E.C..

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





Vistos els preceptes legals citats i altres de pertinent aplicació,

DECISIÓ

Que estimant íntegrament la demanda presentada per part de la Sra. M P I representada per part del Procurador dels Tribunals St. J S L contra l'entitat "SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS" representada per part de la Procuradora dels Tribunals Sra. B M B he de **CONDEMNAR i CONDEMNO** a l'entitat "SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS" a abonar a la Sra. M P I la suma de 51.565,82 56 Euros; import que meritarà un interès anual igual al del interès legal del diner vigent en el moment de la meritació, incrementat en el 50%, fins el dia d'aquesta resolució, amb l'expressa prevenció que transcorreguts dos anys des de la producció del sinistre, l'interès anual no podrà ser inferior al 20%.

I tot això, amb expressa imposició de les costes processals causades a la part demandada

Expediu testimoni literal d'aquesta sentència que quedarà en aquestes actuacions, amb inclusió de l'original en el Llibre de sentències.

Aquesta resolució no és ferma i contra ella cap interposar en el termini de VINT DIES recurs d'apel·lació davant aquest Jutjat del que coneixerà, en el seu cas, la Il.lma. Audiència Provincial de Barcelona, realitzant la part recurrent el previ dipòsit de 50 Euros al compte bancari designat per aquest òrgan jurisdiccional, determinat a la disposició addicional dècima cinquena de la Llei Orgànica 1/2009, de 3 Novembre.

Així per aquesta la meva sentència, ho dispo, mano i signo.

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS

