

**Sección nº 01 de la Audiencia Provincial de Barcelona. Civil**

Paseo Lluís Companys, 14-16 - Barcelona - C.P.: 08018

TEL.: 934866050  
FAX: 934866034  
EMAIL:aps1.barcelona@xij.gencat.cat

N.I.G.: 0801942120158084856

**Recurso de apelación 630/2017 -C**

Materia: Juicio Ordinario

Órgano de origen: Juzgado de Primera Instancia nº 55 de Barcelona  
Procedimiento de origen: Procedimiento ordinario 439/2015Parte recurrente/S:  
OCCIC  
Procurador/a:  
Abogado/a:Parte recurrida:  
Procurador/a:  
Abogado/a:**SENTENCIA Nº 119/2019**

Barcelona, 4 de marzo de 2019.

La Sección Primera de la Audiencia provincial de Barcelona, formada por los Magistrados **Don A R C**, **Dña. M D M S** y **Dña. M T M S G F**, actuando el primero de ellos como Presidente del Tribunal, ha visto el recurso de apelación nº **630/17** interpuesto contra la sentencia dictada el día 26 de abril de 2017 en el procedimiento nº 439/15 tramitado por el Juzgado de Primera Instancia nº 55 de Barcelona en el que es recurrente **SEGUROS CATALANA OCCIDENTE S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS** y apelada **Dña. M P I** y previa deliberación pronuncia en nombre de S.M. el Rey de España la siguiente resolución.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** La sentencia antes señalada, tras los correspondientes Fundamentos de Derecho, establece en su fallo lo siguiente: "Que estimant íntegrament la demanda presentada per part de la Sra. **M P I** representada per part del Procurador dels Tribunals Sr. **J S L** contra l'entitat "SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A. DE SEGUROS Y

**JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS**



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 meritara 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 podra ser inferior al 20%.

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

**SEGUNDO.-** Las partes antes identificadas han expresado en sus respectivos escritos de apelación y, en su caso, de contestación, las peticiones a las que se concreta su impugnación y los argumentos en los que las fundamentan, que se encuentran unidos a los autos.

Fundamenta la decisió del Tribunal el Ilmo. Sr. Magistrado Ponente Don  
A R C .

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

### **PRIMERO.-** Planteamiento de la cuestión y resolución en la instancia

1. La parte actora apunta en su escrito inicial que D<sup>a</sup> M P I contrató en fecha 21 de mayo de 2012 un seguro de vida con la demandada SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, SA "por el que se establecía un capital asegurado de 50.000 euros para los supuestos de fallecimiento, así como un seguro complementario de prestaciones por invalidez absoluta, estableciéndose un capital asegurado de 50.000 euros, y siempre que la misma fuera sobrevenida después de un año de contratado este seguro, salvo si fuere por causa de accidente, determinante de total ineptitud de éste para el

Codi Segur de Verificació:

Signat per R C A ; M S , M D ; M S G F , M T ;

Doc. electrònic garantit amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://ejcat.justicia.gencat.cat/AP/consultaCSV.html>  
Data i hora 12/03/2019 18:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





*mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo y ocupación con o sin retribución".*

Precisaba la demandante que en fecha 1 de abril de 2014 le fue reconocida *"mediante resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social una incapacidad permanente en el grado de ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO. La declaración de dicha incapacidad, tal y como se establece en el dictamen del INSS, determina el siguiente cuadro residual: "Adenocarcinoma de ovario, carcinomatosis peritoneal y síndrome del túnel carpiano bilateral" (...) Que dicho adenocarcinoma y carcinomatosis peritoneal, le fue diagnosticado en fecha 14 de febrero de 2014, iniciando tratamiento con quimioterapia en fecha 4 de marzo de 2014".*

2. En definitiva, como quiera que la aseguradora demandada rechaza el siniestro aduciendo la existencia de enfermedades preexistentes, reclama la cantidad de 51.565,82 euros, más los intereses del artículo 20 LCS por cuanto en el cuestionario de salud no se le preguntó sobre la enfermedad del síndrome del túnel carpiano *"que era la única enfermedad que preexistía a la declaración y por la que le dieron, en menor medida, la Incapacidad Permanente Absoluta, ya que ésta fue concedida principalmente por el adenocarcinoma de ovario y la carcinomatosis peritoneal, que le fue diagnosticada en fecha 14 de febrero de 2014, un año y nueve meses después de haber contratado la póliza, teniendo en cuenta que sin el diagnóstico de esta enfermedad, y si hubiera padecido únicamente el síndrome del túnel carpiano, nunca le hubiera sido concedida una Incapacidad Permanente Absoluta".*

3. La sentencia de instancia estima íntegramente la demanda al no advertir ningún engaño en la actora al contestar al cuestionario de salud por cuanto considera 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*

Codi Segur de Verificació:

Signal per R C A M S M D M S G F M T :

Doc. electrònic garantit amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://ejusticia.gencat.cat/PA/PicomultiplaCSV.html>  
Data i hora 19/03/2019 16:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





al seu escrit de contestació a la demanda, presentat en data 16 de 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 terminis anteriorment descrits. I això sense 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 las presents actuacions, explicitada per part del pèrit Sr. P R R a l'acte de judici (...) 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".

## SEGUNDO.- Recurso de apelación

1. La parte demandada formula recurso de apelación en base a los siguientes motivos:

1º Error en la valoración de la prueba y de la aplicación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro: "Pues bien, ha quedado acreditado en este procedimiento, y no es cuestión controvertida, que la Sra. P , antes de contratar la póliza, padecía graves patologías que no podía desconocer y que afectaban de forma incuestionable a su salud. La fibromialgia diagnosticada antes de contratar la póliza y el grado de discapacidad del 42% que recoge la documentación médica son evidencias de que no estaba bien de salud (...) La Sra. P sabía que no estaba bien de salud, presentaba defectos físicos y patologías (fibromialgia) que iban a peor y que ya comportaban una pérdida de capacidad funcional del 42% que le obligaron a cambiar el puesto de trabajo. Si a ello se añade una reciente baja laboral, la incapacidad parcial y el cambio de

Codi Segur de Verificació:

Signat per R C .A ;M

Doc. electrònic garantit amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://ajca.justicia.gencat.cat/AP/consultaCSV.html>  
Data i hora 18/03/2019 18:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





puesto de trabajo no se puede aceptar que la Sra. P contratara una póliza de vida e invalidez asegurando que se encontraba bien de salud y que no tenía ningún defeco físico o psíquico (...) Se contrata voluntarioamente poco después del diagnóstico de fibromialgia y con un cuadro de discapacidad del 42%. Estamos en la convicción que se trata de una contratación claramente fraudulenta. No solo es reticente al contratar la póliza, sino que la contrata porque es conocedora del riesgo que comporta su salud. La Sra. P, estando en este estado de salud precario, acudió a una oficina de una agencia de seguros y solicitó contratar una póliza que grantizara el riesgo de incapacidad permanente futura".

2º Error en la aplicación de los intereses previstos en el artículo 20 LCS: "Consideramos que la oposición de mi representada está debidamente fundamentada y más allá de la resolución final de este caso, nadie puede reprochar a la aseguradora que haya actuado de forma poco diligente, ya que los antecedentes de hecho que han sido acreditados justifica plenamente esta oposición (...) Existe en este caso un motivo razonable de excusabilidad para no aplicar estos intereses moratorios".

2. La parte actora se opuso al recurso e interesó la confirmación de la sentencia de instancia, con imposición a la recurrente de la costas de la alzada.

### TERCERO.- Seguro de vida e invalidez absoluta

1. Comenzaremos por recordar que el artículo 10 de la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, impone al tomador del seguro el deber 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.

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





Por tanto, se trata de una obligación condicionada por el personal conocimiento del tomador y, además, por el cuestionario que la aseguradora le someta, de forma que sólo ha de responder al contenido de éste y queda expresamente exonerado cuando no se le someta cuestionario, pues no cabe que la aseguradora traslade al asegurado la capacidad de determinar cuáles sean las circunstancias influyentes en esa valoración; antes al contrario, ha de ser la compañía, profesionalmente dedicada a esa actividad, quien con el mayor detalle posible concrete en el cuestionario tales circunstancias, limitándose el deber del asegurado a responder con buena fe a lo que expresamente se le pregunte, pero sin que le sea exigible suplir la insuficiencia de las cuestiones que se le planteen.

2. En este sentido se pronuncia la sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 7 de febrero de 2001 cuando afirma: *"el artículo 10 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro, relaciona el deber de veracidad del asegurado con el cuestionario, como derecho y deber del asegurador de someter al mismo a aquél, hasta tal punto que quedará exonerado de tal deber (de declarar todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo) si el asegurador no le somete cuestionario...tal como dispone el último inciso del primer párrafo de dicho artículo 10, vigente al tiempo de suceder el hecho (1993) objeto de este proceso. La razón última de esta norma no es que deje de protegerse la veracidad y la buena fe, sino que no es concebible la exigencia al asegurado que declare, en su contra si es preciso, cuando ni siquiera la parte contraria en el contrato, el asegurador, se ha preocupado en preguntarle sus circunstancias, mediante un adecuado cuestionario. En este sentido y abundando en la misma idea, la sentencia de 18 de mayo de 1993 dice, literalmente: El deber del tomador del seguro ha de conjugarse con el deber de respuesta al cuestionario a que debe someterle la entidad aseguradora; ahora bien, si ésta no exige dicho cuestionario, como sucedió en el presente caso, debe pechar con las consecuencias, por haber relevado al tomador del deber de cumplimentar dicha información previa al contrato"*.

Codi Segur de Verificació:

,MT

F

G

S

:M

,Maia D

S

:M

,A

C

,A

C

,A

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

,M

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

Data i hora: 19/03/2019 18:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





3. Por otro lado, y con el ánimo de clarificar la relación existente entre los arts.10 y 89 LCS, esta Sala ha tenido ocasión de efectuar las siguientes reflexiones en sentencia de 29 de febrero de 2012 (Rollo 656/2010):

*"El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS ) establece, con carácter general para toda clase de seguro, el deber que tiene todo tomador "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 ", deber del cual solo queda exonerado si el asegurador no le somete a ningún cuestionario o cuando, aun sometiéndolo, "se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él " (párrafo 1º). Y las consecuencia de faltar a este deber son que la aseguradora puede rescindir el contrato (párrafo 2º) y si el siniestro acontece antes de producirse dicha rescisión, reducir la prestación a la que viene obligada en proporción a "la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo" aunque "si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación " (párrafo 3º).*

*Este artículo impone al contratante el deber de declarar con la máxima buena fe todas las circunstancias -en el caso de los seguros de vida, su estado de salud- que delimitan el riesgo, por ser datos trascendentales que pueden resultar influyentes a la hora de concertar el seguro. Y esta obligación del tomador es concebida más que como un deber genérico de declaración, como un deber de contestación o respuesta 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, lo que ha supuesto un cambio profundo en su concepción pues a diferencia del antiguo art. 381 del Código de Comercio, en el que el asegurado estaba obligado a decir todo lo que sabía sobre el riesgo y a decirlo exactamente, el artículo 10 LCS circunscribe el deber de declaración al cuestionario que el asegurador someta al presunto tomador del seguro. Aparece así, como ha quedado dicho, no un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario que*

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





tiene su precedente en el derecho suizo (STS de 15 de noviembre de 2007).

Y la violación de este deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, "con criterios objetivos; de manera que no se trata solamente de calificar la conducta del declarante asegurado como de buena o mala fe, sino sobre todo atenderse el Tribunal a la objetividad de si la conducta del asegurado o tomador del seguro viene a frustrar la finalidad del contrato para su contraparte al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le viene a desorientar e impulsar a celebrar un contrato que no hubiera concertado de haber conocido la situación real del tomador del seguro o al menos si éste le hubiera manifestado todas las circunstancias que conocía. Como la doctrina científica afirma razonablemente, la violación resulta de un hecho puramente objetivo: el riesgo declarado y tenido en cuenta a la hora de la perfección del contrato es diverso al riesgo real que existía en aquel momento " ( STS de 31 de mayo de 2004 y las que en ella se citan).

Por su parte, el artículo 89.1º LCS, específico para el seguro de vida, establece que "en caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo".

Este artículo matiza el anterior pues consagra la llamada cláusula de indisputabilidad o incontestabilidad que tiene por objeto dotar de certeza jurídica al tomador del seguro acerca de que la póliza de seguro de vida no va a ser objeto de impugnación a consecuencia de una declaración inexacta o errónea y es acorde con el carácter de seguros de suma que los de vida tienen (STS de 11 de Junio del 2007 ) y determina que transcurrido el plazo de un año -o el de menor duración que pueda pactarse- la aseguradora ya no podrá ni rescindir la póliza ni reducir proporcionalmente la prestación a la que viene obligada alegando reticencia o inexactitudes en la declaración del riesgo por parte del tomador del seguro, pero como es ver tanto en uno como en otro artículo el

Confir. Segur de Verificació:

Doc. electrònic garantit amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://ejusticajudicial.gencat.cat/PA/consultaCSV.html>

Signat per R C A : M S M D : M S G F . M T :

Data i hora 19/03/2019 18:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





*límite siempre es el mismo: que el tomador no haya actuado con dolo, ocultando maliciosamente información a la aseguradora".*

4. En consecuencia, el debate de autos no es si la ocultación de las patologías que padecía la actora en el momento de la contratación (fibromialgia y dolores generalizados), trastocó las bases sobre las que la aseguradora calculó el riesgo de la operación, sino que la verdadera cuestión controvertida es si en esa posible ocultación medió negligencia o culpa leve del tomador del seguro, en cuyo caso la aseguradora vendría obligada a indemnizar pues habiendo transcurrido más de un año la referida cláusula de indisputabilidad le impediría excusarse de sus obligaciones alegando reticencias o inexactitudes en la declaración del riesgo, o si por el contrario, como parece apuntar la recurrente, medió dolo pues respondía al propósito deliberado de querer engañarla, en cuyo caso sí podría oponer la referida *exceptio doli* y quedar liberada de sus compromisos económicos.

El planteamiento de la cuestión en los indicados términos para este tipo de seguros viene siendo declarado por la Sala 1ª del Tribunal Supremo (entre otras, STS, Sala 1ª, 787/1996, de 30 de septiembre y 635/2007, de de 11 de junio).

5. Sentado lo anterior, es de observar que de la prueba obrante en las actuaciones bien cabe afirmar los siguientes extremos que resultan relevantes para la resolución del litigio:

1º Se sometió a la asegurada al pertinente cuestionario de salud, pero en el mismo nada se le preguntó sobre si padecía fibromialgia, síndrome del túnel carpiano bilateral, discopatía cervical, discopatía lumbar, migraña y vertigo, dolor generalizado o trastorno mixto de ansiedad y depresión.

2º El cuestionario de salud fue cumplimentado materialmente por el agente de la aseguradora Sr. P con las contestaciones facilitadas por la tomadora/asegurada.

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





3º La patología que ha dado lugar a la declaración de incapacidad permanente absoluta (cancer aneural, según indica el perito de la demandada en las conclusiones de su dictamen) no tiene relación alguna con las precitadas patologías que padecía con anterioridad a la contratación de la póliza y que no le impedían trabajar.

6. En base a los anteriores extremos difícilmente puede pretenderse que la asegurada ocultara de forma fraudulenta información al contestar al cuestionario que se le planteó en la medida en que no se le efectuó con precisión pregunta alguna sobre las concretas patologías que en aquella fecha padecía.

Es cierto que se le preguntó de forma genérica si se encontraba "actualmente en buen estado de salud", pero parece claro que la respuesta a esa pregunta debe hacerse teniendo en cuenta las garantías contratadas, esto es, capital por fallecimiento y prestaciones por invalidez absoluta; y en aquella fecha no padecía ninguna enfermedad que permitiera asegurar que en los próximos 14 años (plazo garantizado para la incapacidad) no podría trabajar.

7. Como señala la sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo de 4 de enero de 2008, *"el cumplimiento del deber de información que se impone al asegurado debe valorarse en relación con la declaración prestada ante el cuestionario desde el prisma subjetivo de la buena fe en relación con la finalidad del contrato y el grado de claridad y precisión del cuestionario que se le somete"*.

Y en su reciente sentencia de 10 de octubre de 2018 recuerda la jurisprudencia al respecto.

*"Al ser constante la jurisprudencia que niega que el cuestionario a que se refiere el art. 10 LCS deba revestir una forma especial de la que dependa su*

Codi Segur de Verificació:

Signat per R C A ; M ; M D ; M S G F .MT :

Doc. electrònic garantit amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://vejcat.justicia.gencat.cat/JP/consultaCSV.html>  
Data i hora 19/03/2019 18:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





eficacia (por ejemplo, sentencias 726/2016, de 12 de diciembre, 222/2017, de 5 de abril, y 323/2018 de 30 de mayo), lo verdaderamente relevante es el contenido material del cuestionario. De aquí que esa misma jurisprudencia, sintetizada en la última de las sentencias citadas (323/2018), imponga examinar si el tipo de preguntas que se formularon eran conducentes a que el asegurado «pudiera representarse a qué antecedentes de salud que él conociera o no pudiera desconocer se referían, es decir, si las preguntas que se le hicieron le permitieron ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo». En suma, y como también ha recordado la sentencia 323/2018, «la aplicación concreta de la jurisprudencia aplicable a la controversia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario».

8. Ciertamente el perito Dr. R R apunta en su informe que "el conjunto de patologías que presenta la paciente antes de contratar la póliza suponen un pronóstico vital a corto-medio plazo que derivará hacia una INCAPACIDAD LABORAL", pero lo relevante para la resolución del presente recurso no es analizar si realmente esas patologías determinarían la incapacidad laboral en un plazo anterior a los 14 años de garantía contratada sino valorar si la asegurada podía conocer en el momento de la contratación tal circunstancia y ocultó la misma a la aseguradora para percibir de forma fraudulenta la indemnización pactada, y sobre este pretendido actuar doloso no existe prueba bastante en las actuaciones.

Obsérvese, además, que el propio perito de la demanda indicó en el acto del juicio que las patologías que sufría la asegurada en el momento de la contratación de la póliza permitían aventurar que el caso hubiera acabado, como mínimo, en situación de incapacidad total (min.22:25 VIDEO 3) y, por tanto, ni siquiera dicho perito pudo asegurar que tales patologías derivarían en una incapacidad absoluta.

Se ha de insistir en este momento en que no cabe que la aseguradora

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





traslade a la asegurada la capacidad de determinar cuáles son las circunstancias influyentes en la valoración del riesgo sino que ha de ser la compañía, profesionalmente dedicada a esa actividad, quien con el mayor detalle posible concrete en el cuestionario tales circunstancias, limitándose el deber de la asegurada a responder con buena fe a lo que expresamente se le pregunte, pero sin que le sea exigible suplir la insuficiencia de las cuestiones que se le planteen.

9. En consecuencia, en las respuestas efectuadas por la asegurada al cuestionario de seguro que le presentó la aseguradora demandada no parece que nos encontremos ante una ocultación propiamente hablando ni de engaño deliberado, que sí generaría dolo o culpa grave, sino más bien de un desconocimiento de la trascendencia que podían llegar a tener las patologías padecidas en aquella fecha, que viene justificado (i) porque no se le preguntó de forma precisa nada al respecto y (ii) por no considerar relevante unas deficiencias físicas que no le impedían desarrollar su actividad laboral.

#### CUARTO.- Intereses del artículo 20 LCS

1. Sostiene la recurrente que la oposición a la reclamación actora resultaba justificada y, por tanto, no resulta acreedora de la imposición de los intereses previstos en el art.20 LCS.

2. La jurisprudencia viene considerando que la previsión de intereses contenida en el artículo 20 LCS, por su marcado carácter sancionador y finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador, cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización, determina que la mora del asegurador no desaparece automáticamente por el hecho de que exista un proceso o deba acudir al mismo, sino únicamente cuando se hace necesario

Codi Segur de Verificació:

Signal per R C .A .M S .M D .M S G F .M T :

Doc. electrònic: garantia amb signatura-e. Adreça web per verificar: https://legcat.justicia.gencat.cat/AP/consultas/CSV.html  
Data i hora 19/03/2019 18:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar, esto es, cuando la resolución judicial es imprescindible para despejar las dudas existentes acerca de la realidad del siniestro o su cobertura (entre las más recientes, sentencias 562/2018, de 10 de octubre, 143/2018, de 14 de marzo, 26/2018, de 18 de enero, y 73/2017, de 8 de febrero).

3. Conforme a la indicada doctrina, no se advierte en el presente caso causa justificada que exima a la aseguradora del pago de los intereses punitivos en la medida en que la insuficiencia del cuestionario de salud al que fue sometida la asegurada permitía inferir desde un primer momento la obligación de ofrecer cobertura al siniestro; máxime cuando la patología que determina la declaración de invalidez permanente absoluta por el INSS no guarda relación alguna con las patologías preexistentes.

#### QUINTO.- Conclusión

1. En atención a todo lo expuesto, procede desestimar el recurso de apelación formulado por la parte actora y, en consecuencia, confirmar la sentencia de instancia.

2. En cuanto a las costas causadas en esta alzada, procede imponer las mismas a la recurrente al haberse rechazado totalmente sus pretensiones (arts.394.1 y 398.1 LEC).

#### FALLO

El Tribunal acuerda: Desestimamos el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de la entidad SEGUROS CATALAN OCCIDENTE, SA contra la sentencia de 26 de abril de 2017 dictada por el Juzgado de Primera Instancia número 55 de Barcelona y, en consecuencia, confirmamos la misma,

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS





con imposición a la recurrente de las costas causadas en esta alzada.

Con pérdida del depósito consignado.

La presente sentencia podrá ser susceptible de recurso de casación si concurren los requisitos legales (art. 469-477-disposición final 16 LEC), y se interpondrá, en su caso, ante este Tribunal en el plazo de veinte días a contar desde la notificación de la presente.

Firme esta resolución, devuélvase los autos al Juzgado de su procedencia, con certificación de la misma.

Pronuncian y firman esta sentencia los indicados Magistrados integrantes de este Tribunal.

SERVICIOS  
JURÍDICOS  
VERDÚN S.L.

Codi Segur de Verificació: 4N2101

Signat per R. C. A. M.

Data i hora 19/03/2019 18:57

JOSÉ AZNAR LUISA BLANCO MATILDE BARRABÉS

