

Docu- men- to

ANÁLISIS
JURÍDICO

abril
2021

Cuestionario de salud: dolo o culpa grave en la declaración del riesgo

Con la colaboración de:



BLECUA

L E G A L

SENTENCIA: Nº 108/2021 DE LA SALA CIVIL DEL TRIBUNAL SUPREMO
FECHA: 1-3-2021 // PONENTE: FRANCISCO MARÍN CASTÁN

Cuestionario de salud: dolo o culpa grave

Este procedimiento versa sobre el procedimiento judicial instado por la madre del asegurado contra la compañía de seguros que, en el momento de producirse el fallecimiento de su hijo, cubría el riesgo mediante seguro de Vida. La demanda fue desestimada en segunda instancia por infracción del deber de declaración del riesgo al ocultarse por el asegurado patologías previas relacionadas con el deceso; padecía VIH.

El 19 de junio de 2013 el fallecido suscribió con la aseguradora una póliza de seguros anual renovable que, cubría el riesgo de fallecimiento. El 14 de noviembre de 2013, asegurado y aseguradora suscribieron una segunda póliza –en sustitución de la anterior– que también cubría los riesgos de fallecimiento entre 14 de noviembre de 2014 y el 13 de noviembre de 2015. En ambas pólizas aparecía designada la madre del como beneficiaria.

Para la suscripción de la póliza se debía cumplimentar un cuestionario de Salud que el asegurado, ahora fallecido, remitió con las siguientes respuestas:

“Actualmente, ¿se encuentra usted en buen estado de salud y no está de baja? Sí.

¿Tiene algún defecto físico, secuelas de algún accidente, minusvalía, invalidez, enfermedad crónica o alteración de la salud mental (ansiedad, depresión, esquizofrenia)? No.

¿Ha estado ingresado o ha sufrido alguna intervención quirúrgica por enfermedad o accidente? No

¿Está actualmente o ha estado alguna vez en tratamiento médico continuado por más de tres meses? No”

En la póliza se recogía, que, cualquier siniestro derivado de “accidente o enfermedad originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro cuyo conocimiento se haya ocultado a la aseguradora mediante dolo o culpa grave” sería causa de exclusión común para todas las garantías.

Consta acreditado en las actuaciones del procedimiento que, previo a contratar la póliza, el asegurado era politoxicómano, padecía VIH diagnosticado en 1998, padecía cirrosis hepática, alcoholismo crónico, estaba bajo tratamiento médico continuado y había sufrido continuos ingresos hospitalarios desde muchos años antes.

El asegurado, el 3 de junio de 2015 fue ingresado con un “traumatismo

cráneo-encefálico y hematoma subdural” y pese a la favorable evolución, el 3 de julio de 2015 sufrió una parada cardiorrespiratoria de la que no pudo recuperarse y falleció.

Se abrieron diligencias previas para descartar que la causa de la muerte fuera un homicidio, las cuales fueron archivadas por no haber indicios suficientes al respecto. En este sentido, en el certificado médico de defunción consta como causa inmediata de la muerte “parada cardiorrespiratoria”, como causa inicial o fundamental “traumatismo cerebral severo” y se reseñan, como otros procesos, “infección por VIH “. El informe toxicológico entiende, entre otras cosas, que la metadona puede favorecer el resultado de muerte súbita como el padecido por el fallecido.

Habiendo reclamado la beneficiaria, la compañía rechazó hacerse cargo por considerar que el asegurado había ocultado patologías, promoviendo, ante este rechazo, litigio pidiendo que se condenara a la aseguradora al pago de 600 euros mensuales durante cinco años y otros 3.600 euros, con base en la primera póliza, y 39.261,33 euros por la segunda póliza, todo ello incrementado con los intereses del artículo 20 LCS.

La aseguradora se opuso a la demanda alegando que la primera póliza no estaba en vigor al producirse el siniestro, porque el asegurado había pedido su anulación con fecha 4 de abril de 2014; y que al responder al cuestionario de salud incluido en la segunda póliza el asegurado había ocultado, a sabiendas, enfermedades o patologías previas directamente relacionadas con la causa del fallecimiento.

En el acto de la audiencia previa la parte demandante desistió de la acción fundada en la primera de las pólizas y la controversia quedó reducida a la reclamación de 39.261,33 euros, más intereses, fundada en la segunda.

La sentencia de primera instancia estimó parcialmente la demanda por entender que la aseguradora no cumplió con su deber de someter al asegurado a un cuestionario de salud “propriadamente dicho”, porque se trató de un formulario redactado por la propia compañía que incluía “6 preguntas tipo”, claramente estereotipadas, sobre la salud general del asegurado, y porque tampoco constaba que hubieran sido contestadas por el propio asegurado, ya que las respuestas estaban escritas con letra de ordenador, pero no impuso las costas a ninguna de las partes.

La sentencia de segunda instancia estimó el recurso de apelación de la aseguradora en base a que al asegurado se le formularon numerosas preguntas con relación a su estado de salud, no respondiente afirmativamente a ninguna pese a ser politoxicómano, que sufría cirrosis hepática y alcoholismo crónico, con continuos ingresos hospitalarios y tratamiento médico prolongado. Quedó acreditado que tales patologías previas ocultadas tuvieron una “influencia definitiva en el fallecimiento”. La aseguradora queda liberada de su obligación de pago

RECURSO DE CASACIÓN

La demandante interpuso recurso de casación por infracción del artículo 10 LCS y de su jurisprudencia, alegando que el cuestionario no fue cumplimen-

tado materialmente por el fallecido; que la sentencia recurrida atribuye indebidamente a la parte demandante la carga de probar que no existió “dolo o mala fe”; y la doctrina jurisprudencial declara que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta al cuestionario que ha de presentar el asegurador, quien soporta las consecuencias de su falta de presentación y, en casos como este -asegurado politoxicómano -, quien ha de soportar las consecuencias de no haber tomado

las medidas adecuadas para valorar el riesgo ante signos evidentes y claros de patologías previas.

La aseguradora se opone alegando que el motivo es inadmisibile por inexistencia de interés casacional, ya que la vulneración normativa y jurisprudencial invocada solo sería posible a partir de hechos distintos de los probados; y que el motivo debe ser desestimado porque la recurrente obvia la cuestión fundamental consistente en que la sentencia recurrida es conforme con la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS. \

CONCLUSIÓN

Señala el Tribunal que hay que partir de la validez de la declaración del asegurado en respuesta al cuestionario, pues, si bien no fue cumplimentado por el fallecido, este se cumplimentó con las respuestas facilitadas por el propio asegurado al empleado de la entidad bancaria, hecho no cuestionado en casación. Tal circunstancia no justifica que se prescindiera de sus respuestas. Además, en el cuestionario se reflejan dos datos de carácter personal, como el peso y la altura del asegurado, que la jurisprudencia viene considerando indicios de que tuvieron que ser aportados por el asegurado y, por tanto, de que el cuestionario se cumplimentó con sus respuestas. Pese a lo genérico de algunas preguntas de las contenidas en el cuestionario, la recurrente elude que a su hijo también se le formularon preguntas claras y concretas que sí eran objetivamente conducentes a que se pusieran de manifiesto los antecedentes de salud por él conocidos, como eran las enfermedades crónicas conocidas desde hace años. En consecuencia, al responder negativamente a dichas preguntas, omitió conscientemente antecedentes de salud por los que fue preguntado y que la aseguradora no conocía. Establece el Tribunal que el razonamiento de la sentencia recurrida sobre la obligación del asegurado de ser veraz se ajusta al artículo 10 LCS y a la jurisprudencia que lo interpreta. En lo relativo a la actuación del empleado de la aseguradora, ateniéndose a recoger las respuestas del asegurado sin cuestionarlas -por carecer de conocimientos médicos -, no puede ser tachado de irrazonable.

Finalmente, en cuanto al requisito de existencia de nexo causal entre los antecedentes de salud omitidos y el riesgo cubierto, el deceso se debió a muerte súbita cuya causa inmediata no fue el referido traumatismo craneo-encefálico sino un fallo cardiaco agudo, al que a su vez contribuyeron muy probablemente las patologías y los tratamientos ocultados por el asegurado, no pudiendo estar a lo manifestado por la madre del agraviado que defendió que el fallecimiento fue producido por una agresión violenta, toda vez que las diligencias previas destinadas a resolver ese asunto se habían sobrepasado. A mayor abundamiento, en la prueba practicada se manifestó por facultativos médicos que los enfermos de VIH tienen mayor predisposición a la muerte súbita y el consumo prolongado de metadona fue asociado con la aparición sobrevenida de patologías cardíacas.

En definitiva, confirma el Tribunal Supremo que la sentencia recurrida, al concluir que el asegurado incurrió en dolo y, por tanto, que el asegurador queda liberado de su prestación, no infringió el art. 10 LCS ni la jurisprudencia que lo interpreta.



Servicios jurídicos especializados de máxima calidad en todas las áreas a las que se dedica, con especial atención a...



Responsabilidad Civil

...así como las siguientes:



Inmobiliario y Construcción



Administrativo



Marítimo



Fiscal



Procesal



Concursal



Protección de Datos



BLECUA

L E G A L



Transporte



Nuevas Tecnologías



Seguro



Civil



Societario y Contratación Mercantil



BLECUA

FORMACIÓN



LEGAL

CORPORATE ADVISORS