



Roj: **STS 1533/2021 - ECLI:ES:TS:2021:1533**

Id Cendoj: **28079110012021100223**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **29/04/2021**

Nº de Recurso: **3016/2018**

Nº de Resolución: **235/2021**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP V 6552/2018,**
STS 1533/2021

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 235/2021

Fecha de sentencia: 29/04/2021

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 3016/2018

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 21/04/2021

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Valencia, sección 6.^a

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 3016/2018

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 235/2021

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg



En Madrid, a 29 de abril de 2021.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por los demandantes D. Anibal y D.^a Coro, representados por la procuradora D.^a M.^a del Carmen Jover Andreu bajo la dirección letrada de D. Mario Gil Cebrián, contra la sentencia dictada el 21 de febrero de 2018 por la sección 6.^a de la Audiencia Provincial de Valencia en el recurso de apelación n.º 567/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 488/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 11 de Valencia sobre reclamación de cantidad en virtud de **seguro de vida**. Ha sido parte recurrida la demandada Aseguradora Valenciana Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros (actualmente Bankia Mapfre Vida Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros), representada por la procuradora D. Susana Pérez Navalón bajo la dirección letrada de D.^a Raquel Molina Sanz.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 8 de marzo de 2016 se presentó demanda interpuesta por D. Anibal y D.^a Coro contra "Aseval Grupo Bancaja" solicitando se dictara sentencia por la que "se condene a la demandada al pago a mi principal de la cantidad reclamada, más los intereses generados y que se devenguen conforme al artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, con expresa imposición de las costas a la demandada por su mala fe".

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 11 de Valencia, dando lugar a las actuaciones n.º 488/2016 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció como Aseguradora Valenciana Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Aseval, y se opuso a la demanda solicitando su íntegra desestimación con imposición de costas a la parte demandante o, subsidiariamente, la no imposición de los intereses del art. 20 LCS.

TERCERO.- Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, la magistrada-juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 8 de mayo de 2017 desestimando íntegramente la demanda con imposición de costas a la parte demandante.

CUARTO.- Interpuesto por la parte demandante contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la entidad demandada y que se tramitó con el n.º 567/2017 de la sección 6.^a de la Audiencia Provincial de Valencia, esta dictó sentencia el 21 de febrero de 2018 desestimando el recurso y confirmando la sentencia apelada, con imposición de costas a la parte apelante.

QUINTO.- Contra la sentencia de segunda instancia la parte demandante-apelante interpuso recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, compuesto de un solo motivo con el siguiente enunciado:

"INFRACCIÓN POR NO APLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 10 Y 89 DE LA LEY DEL CONTRATO DE SEGURO Y OPOSICIÓN A LA DOCTRINA JURISPRUDENCIAL acerca del cuestionario previo y de los datos transmitidos por el tomador que, en su caso, no excederían de meras inexactitudes o reticencias en absoluto calificables como dolo, culpa o negligencia de ningún tipo, menos si cabe grave, contenida en las Sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo, STS Nº 222/2017, de 5-4-2017, STS Nº 157/2016 de 16-3-2016, STS Nº 285/2004 de 12-4-2004, STS Nº 479/2008 de 3-6-2008, STS Nº 1173/2007 de 8-11-2007, STS Nº 128/2005 de 4-3-2005, Nº 1234/2003 de 31-12-2003, Nº 515/2012 de 18-7-2012, STS Nº 787/1996 de 30-9-1996, STS Nº 1330/2007 de 21-12-2007, STS Nº 1008/2005 de 15-12-2005, STS Nº 119/2004 de 19-2-2004".

SEXTO.- Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes, el recurso fue admitido por auto de 4 de noviembre de 2020, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando la desestimación del recurso tanto por causas de inadmisión como por razones de fondo, con expresa imposición de costas a la parte recurrente.

SÉPTIMO.- Por providencia de 7 de abril del corriente año se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el siguiente día 21, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. El presente litigio versa sobre la reclamación de los hermanos del asegurado contra la compañía de seguros que, en el momento de producirse el fallecimiento de dicho asegurado, cubría este riesgo mediante un **seguro de vida** en vigor. La demanda se desestimó en ambas instancias por haberse ocultado antecedentes de salud relacionados con la causa de la muerte.

Son antecedentes relevantes para la decisión del recurso son los siguientes.



1. Se han declarado probados o no se discuten estos hechos:

1.1. El 25 de julio de 2013 D. Florencio , que en esa fecha tenía 51 años, suscribió con Aseguradora Valenciana Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros (en adelante Aseval, posteriormente Bankia Mapfre Vida Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, en virtud de fusión por absorción de aquella por esta última) una póliza de seguros anual renovable denominada "Seguro Caja Vida" (docs. 2 de la demanda y 1 de la contestación) que, entre otros riesgos, cubría el de fallecimiento del asegurado por cualquier causa con una suma inicial de 30.000 euros que se revalorizaría en un 5% con cada renovación anual de la póliza.

La póliza se firmó en la oficina n.º 6534 de Bancaja (posteriormente Bankia S.A.) sita en Valencia capital.

De acuerdo con el orden de prelación establecido en la póliza, después del cónyuge no separado legalmente, de los hijos y de los padres, serían beneficiarios del seguro, en caso de fallecimiento del asegurado, sus herederos legales.

1.2. Las condiciones particulares de la póliza contenían una cláusula sobre "RIESGOS GARANTIZADOS Y EXCLUIDOS", que, en lo que interesa, tenía el siguiente tenor:

"Artículo 3º Riesgos garantizados y excluidos de la garantía principal.

"El riesgo de muerte está cubierto cualquiera que sea la causa, sin limitación temporal.

"No obstante, queda excluido del seguro todo siniestro que haya sido producido, directa o indirectamente, por alguna de las causas siguientes:

"[...]

"b) Por enfermedades contraídas, terapia, intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos, accidentes graves, siempre que hayan sido ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, y que no hubieran sido declarados por el Asegurado".

1.3. En las condiciones particulares de la póliza se incluyó un "Cuestionario de Salud y Actividad" (folio 23 de las actuaciones de primera instancia) que fue cumplimentado con las respuestas del asegurado y tenía el siguiente contenido:

aseval

Cuestionario de Salud y Actividad

Nombre y Apellidos: N.I.F. VALORACION

1. ¿Una vez de baja por enfermedad o accidente? SI NO

2. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad que le haya obligado a interrumpir su actividad laboral durante más de quince días seguidos en el transcurso de los últimos cinco años? SI NO

3. ¿Padeció o ha padecido cualquier afección de sangre, enfermedad de hígado o enfermedad infecciosa-contagiosa, como hepatitis (cualquier tipo) o enfermedades de transmisión sexual, infecciones VIH (como SIDA o relacionadas)? SI NO

4. ¿Tiene alguna afección física o funcional, ha sufrido algún accidente grave, ha sido sometido quirúrgicamente o ha sufrido transfusión de sangre? SI NO

5. ¿Ha sido recomendado consultar a un médico, hospitalizarse, someterse a algún tratamiento o intervención quirúrgica? SI NO

6. Pese a _____ años, Sufre _____ años, ¿tiene sobrepeso? SI NO

7. ¿Toma tabaco _____ ¿tiene problemas de tensión? SI NO

8. ¿Toma más de cuatro cigarrillos al día? SI NO

9. ¿Le han hecho o recomendado un test de SIDA? SI NO

10. ¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas, energéticas, estupefacientes o algún otro tipo de medicación con o sin prescripción médica? SI NO

11. En conclusión, ¿su estado de salud es bueno y sin enfermedades? SI NO

12. Deportes que practica:

13. Profesión:

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS 1, 2, 3, 4 O 5, O NEGATIVAMENTE A LA 11, DÉJENSE AMPLIAR LA INFORMACIÓN:
Naturales del declarante/a declarante:

Nombre: _____ Dato de nacimiento: _____ meses.
Domicilio o direcciones que le hayan servido: _____
NOMBRE _____ EDIFICIO _____ LOCALIDAD _____ TELÉFONO _____

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA 9, INDIQUE:
Fecha: _____ Resultado: _____

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA 10, INDIQUE:
Nombre: _____ Certificación: _____

Declaro que los datos recogidos en este formulario serán incluidos en un fichero de datos de carácter personal para el desarrollo, gestión y cumplimiento del seguro contratado. Asimismo autorizo expresamente la comunicación de los datos y profesionales conexas (tanto al diagnóstico médico y la inscripción de los siniestros en el mencionado fichero, como al Registro de Seguros y Reaseguros "Aseval" con domicilio en C/ Legión Española, s/n, E-46100 Valencia, como responsable del fichero, garantiza el cumplimiento de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos facilitados. El solicitante declara que los datos facilitados son veraces y no se ha incluido en voluntades o intenciones. EL SOLICITANTE.

Asseguradora Valenciana Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
C/ta. Legión Española, s/n - 46100 Valencia (España) - Tel. 90 101 10 00 - Fax 90 101 10 01



En lo que ahora interesa, consta que el asegurado respondió afirmativamente a la pregunta de si se encontraba en buen estado de salud y sin enfermedad (pregunta 11), y que negó tener alguna alteración física o funcional (pregunta 4), que se le hubiera recomendado someterse a algún tratamiento médico (pregunta 5) y haber consumido o consumir algún tipo de medicación con o sin prescripción médica (pregunta 10).

1.4. El Sr. Florencio falleció el 24 de agosto de 2013 (doc. 1 de la demanda), según el informe de autopsia (doc. 8 de la demanda) de "muerte natural" a causa de una "cardiopatía isquémica", y según el informe histopatológico forense (doc. 5 de la contestación) de "cardiopatía isquémica crónica. Arterioesclerosis coronaria severa. Edema pulmonar".

1.5. El fallecimiento fue comunicado a la aseguradora por escrito de fecha 15 de septiembre de 2013, recibido por la compañía -según sello de entrada- el día 18 (doc. 3 de la demanda, folio 24 de las actuaciones de primera instancia), pero esta no se hizo cargo del mismo al considerar que los reclamantes no habían aportado la documentación referida a las circunstancias del siniestro y su causa, y que por ello la compañía no había podido conocer si el fallecimiento podía tener su causa en patologías previas que se hubieran ocultado (doc. 6 de la contestación a la demanda).

Por este motivo tampoco fue posible la solución extrajudicial (se aporta como doc. 5 de la demanda copia del acto de conciliación terminado sin avenencia con fecha 30 de mayo de 2014, actuaciones 431/2014 del Juzgado de Primera Instancia n.º 18 de Valencia, y como doc. 6 de la demanda el escrito presentado por la aseguradora en dicho procedimiento invocando lo que consideraba un incumplimiento de los reclamantes de su obligación de información del art. 16 LCS).

1.6. Por auto de 29 de junio de 2015 del Juzgado de Primera Instancia n.º 13 de Valencia, procedimiento de declaración de herederos n.º 222/2015 (doc. 7 de la demanda), fueron designados herederos *ab intestato* del asegurado fallecido sus hermanos, D. Anibal y D.ª Coro .

1.7. A principios de noviembre de 2015 los citados señores Anibal Coro remitieron a la aseguradora un escrito acompañando "la documentación precisa" para recibir la indemnización a la que decían tener derecho, entre la que figuraba (doc. 8 de la demanda) copia del auto de declaración de herederos y de los informes forenses ya referidos, pero en diciembre de 2015 la compañía remitió un correo electrónico a la oficina bancaria n.º 6534 indicando que para tramitar el siniestro precisaba que se aportara la siguiente documentación:

"Informe médico con la causa de fallecimiento del asegurado, fecha de diagnóstico de la enfermedad que lo provoca.

"Copia de la historia clínica emitida por el médico de cabecera, con los antecedentes médicos y fecha de diagnóstico de los mismos.

"Para la acreditación de beneficiarios:

"Si son herederos legales: fotocopia de la Manifestación o Adjudicación de Herencia".

2. Con fecha 8 de marzo de 2016 los Sres. Anibal Coro promovieron el presente litigio contra Aseval pidiendo que se la condenara al pago de 30.000 euros más intereses del art. 20 LCS y costas.

En apoyo de sus pretensiones alegaron, en síntesis: (i) que el siniestro estaba cubierto por la póliza suscrita, en vigor cuando se produjo; y (ii) que la aseguradora no podía liberarse del pago de la indemnización reclamada, ya que los demandantes comunicaron debidamente el siniestro y remitieron toda la documentación necesaria para su liquidación.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en lo que ahora interesa y en síntesis: (i) que los demandantes incumplieron la obligación que tenían de comunicar el siniestro en el plazo de 7 días y la de remitir toda la documentación sobre "las circunstancias y consecuencias por las que se había producido"; (ii) que esa documentación médica (principalmente la historia clínica) fue sucesivamente reclamada por la aseguradora al ser necesaria para dilucidar si el siniestro estaba excluido o no de cobertura, exclusión que procedería si de esa documentación resultara que la causa de la muerte (cardiopatía isquémica) tenía relación con enfermedades o patologías previas ocultadas a sabiendas por el asegurado al responder al cuestionario de salud; y (iii) en todo caso, improcedencia de la condena al pago de los intereses del art. 20 LCS, porque el retraso en el cumplimiento se habría debido a que los demandantes no cumplieron su deber de información, y si fueran procedentes habría que fijar el comienzo de su devengo no en la fecha del siniestro sino en la fecha de comunicación del siniestro a la aseguradora.

4. A instancia de la parte demandada, como prueba propuesta en el acto de la audiencia previa (folio 151 de las actuaciones de primera instancia), se libraron oficios al Centro de Salud de Valencia Trinitat, a la Dirección

Territorial de Sanitat de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana, y al Hospital La Fe de Valencia.

El apartado "Observaciones" del informe del citado centro de salud, de fecha 10 de marzo de 2017, es del siguiente tenor (folio 156 de las actuaciones de primera instancia):

"El paciente D. Florencio, según consta en historia clínica electrónica, inició visitas en este centro de salud en el año 2000, siendo diagnosticado y tratado farmacológicamente de hipertensión arterial y esquizofrenia. Por otra parte, en control por hipercolesterolemia moderada. Constan controles de su hipertensión arterial y de su hipercolesterolemia en varios episodios sin que conste en la historia diagnóstica de patología cardíaca o pulmonar".

Con fecha 13 de marzo de 2017 la jefa de sección de la Inspección de Servicios Sanitarios de la referida dirección territorial certificó lo siguiente (folio 158 de las actuaciones de primera instancia):

"No constan procesos de Incapacidad Temporal en el periodo solicitado".

Con fecha 21 de marzo de 2017 el gerente del Departamento de Salud de Valencia-La Fe informó de lo siguiente (folio 161 de las actuaciones de primera instancia):

"[...] sobre su petición de copia de la documentación relativa a patologías cardíacas y pulmonares del paciente D. Florencio ...no nos consta documentación de dichas patologías en nuestro hospital".

5. La sentencia de primera instancia desestimó la demanda y condenó en costas a la parte demandante.

Sus razones fueron, en síntesis, las siguientes: (i) de la documentación médica resultaba que cuando firmó el cuestionario el asegurado sufría o había sufrido de hipertensión arterial con tratamiento farmacológico, tabaquismo, esquizofrenia paranoide con tratamiento farmacológico e hipercolesterolemia moderada, patologías y tratamientos que no se correspondían con las respuestas dadas por el asegurado al contestar al cuestionario, "en especial en respuestas tan relevantes como la 10, complemento de la 10, 11 y complemento de la 11"; y (ii) en consecuencia, la aseguradora quedó liberada de su obligación de pago porque el tomador-asegurado ocultó datos relevantes sobre su salud.

6. La sentencia de segunda instancia desestimó el recurso de apelación de los demandantes y confirmó la sentencia apelada, con imposición de costas a los apelantes.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) de la documental médica resulta que al momento de firmar la póliza el estado de salud del asegurado "desde luego no era bueno", pese a lo cual no tuvo plasmación en el cuestionario porque el asegurado no dijo que "tenía enfermedad y estaba medicado"; y (ii) las enfermedades omitidas no solo eran conocidas por el asegurado, sino que además "no pueden ser abstraídas de la causa del fallecimiento -cardiopatía isquémica-".

7. Los demandantes interpusieron recurso de casación por interés casacional, en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, interesando la estimación de la demanda.

8. En su oposición al recurso la aseguradora recurrida ha solicitado su desestimación, tanto por causas de inadmisión como por razones de fondo.

SEGUNDO.- El recurso se compone de un solo motivo, fundado en infracción de los arts. 10 y 89 LCS y de la jurisprudencia que se cita. Se alega, en síntesis: (i) que en un caso como este ha de ser la aseguradora la que soporte las consecuencias de la presentación de un cuestionario incompleto, con preguntas genéricas o ambiguas, ninguna conducente a que el asegurado (cuya enfermedad mental -esquizofrenia paranoide- no pudo pasar desapercibida para el empleado del banco) pudiera representarse necesariamente sus antecedentes de salud como influyentes para valorar el riesgo; (ii) que esto es así porque, además de que no se le preguntó por su enfermedad mental y que esta le impedía tener consciencia de padecer un problema de salud, en ningún caso la documental médica permitía tener por acreditada la existencia del debido nexo de causalidad entre las patologías que causaron su muerte (cardiopatía isquémica y edema pulmonar) y los únicos antecedentes de salud acreditados (hipertensión e hipercolesterolemia), dado que no consta en la historia clínica diagnóstica de patología cardíaca o pulmonar ni que los controles a los que se sometió por dichos problemas de hipertensión e hipercolesterolemia fueran debidos "a una patología agravada o susceptible de derivar en los motivos de fallecimiento"; y (iii) que cualquier dolencia, síntoma o dolor no caracterizado de enfermedad no puede asimilarse a enfermedad o patología, y que en este caso no hubo dolo ni negligencia grave sino descuido o falta de atención a lo que se le preguntaba.

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que el motivo es inadmisibles porque la vulneración normativa y jurisprudencial invocada solo sería posible a partir de hechos distintos de los probados; y (ii) que en todo caso el motivo debe ser desestimado, porque la parte recurrente obvia la cuestión



fundamental consistente en que la sentencia recurrida es conforme con la jurisprudencia sobre los arts. 10 y 89 LCS, toda vez que las preguntas del cuestionario no fueron "genéricas ni ambiguas" sino "claras y concretas, eficaces en orden a conocer el efectivo estado de salud del asegurado", y que al contestarlas el asegurado ocultó (con dolo o al menos culpa grave) enfermedades y patologías previas, pues negó sufrir alteración física o funcional, fumar más de 40 cigarrillos, tener problemas de tensión, estar bajo tratamiento y consumir medicamentos, y afirmó estar bien de salud, todo ello pese a que tenía diagnosticada una hipertensión arterial desde el año 2000 para la que se le había prescrito un tratamiento farmacológico, una esquizofrenia paranoide desde ese mismo año también bajo tratamiento farmacológico, una hipercolesterolemia desde el año 2000, y un abuso de tabaco, de forma que era evidente que se ocultaron problemas que eran factores de riesgo cardiovasculares vinculados a la causa del fallecimiento.

TERCERO.- No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la aseguradora porque, como reitera esta sala en recursos sobre el art. 10 LCS y su jurisprudencia (p.ej. sentencias 661/2020, de 10 de diciembre, 639/2020, de 25 de noviembre, 611/2020, de 16 de noviembre), puede ser suficiente para superar el test de admisibilidad la correcta identificación del problema jurídico planteado y una exposición adecuada que ponga de manifiesto la consistencia de las razones de fondo del recurso partiendo del respeto a los hechos probados, requisitos que se cumplen en este caso porque lo que se plantea en casación, con cita de las normas aplicables a la controversia, es el problema jurídico de si las preguntas que se formularon al asegurado permitían a este representarse a qué antecedentes de salud que él conociera o no pudiera desconocer se referían, de modo que tuviera que ser consciente de que con sus respuestas estaba ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

En esta línea, la citada sentencia 661/2020 recuerda que "en litigios sobre esta materia la jurisprudencia también viene declarando que el recurso de casación es el adecuado para plantear cuestiones jurídicas sustantivas como "la revisión de la valoración jurídica del contenido de la declaración o cuestionario de salud, esto es, si fue, no solo formal, sino también materialmente válido para apreciar la ocultación dolosa del riesgo por parte del asegurado" (sentencia 390/2020, de 1 de julio, con cita de las sentencias 37/2019, de 21 de enero, 562/2018, de 10 de octubre, 542/2017, de 4 de octubre, y 313/2014, de 18 de junio)".

CUARTO.- De la muy copiosa jurisprudencia de esta sala sobre la interpretación del art. 10 LCS (p. ej., sentencias 661/2020, de 10 de diciembre, 647/2020, de 30 de noviembre, y 639/2020 y 638/2020, estas dos últimas de 25 de noviembre, y 611/2020, de 11 de noviembre) resulta especialmente de interés para el presente recurso lo siguiente: (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.

La sentencia 611/2020, con cita de las sentencias 333/2020, de 22 de junio, y 345/2020, de 23 de junio, reitera, en primer lugar, que del art. 10 LCS resulta claramente que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado sino el dolo o la culpa grave, es decir, "la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad", y en segundo lugar, en cuanto a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto, que como resulta de la 345/2020, y de las sentencias 562/2018, de 10 de octubre, 307/2004, de 21 de abril, y 119/2004, de 19 de febrero, el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 LCS precisa que concurren los requisitos siguientes:

"1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; 3) que el riesgo declarado sea distinto del real; 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y 6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto".

QUINTO.- De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta al único motivo del recurso se desprende que este debe ser estimado por las siguientes razones:

1.ª) Centrada la controversia en si las preguntas contenidas en el cuestionario eran conducentes a que el asegurado pudiera representarse sus antecedentes de salud conocidos como influyentes para valorar el riesgo,



procede advertir, en primer lugar, que algunas de las preguntas, como la referente a si se encontraba en buen estado de salud (pregunta 11) o a si tenía alguna alteración física o funcional (pregunta 4), fueron excesivamente genéricas, en el primer caso "por referirse de forma ambigua y estereotipada a la salud general del asegurado" (sentencia 638/2020) y en el segundo por dejar al arbitrio del asegurado qué entendía por alteración (así lo declaró la sentencia 345/2020, de 23 de junio, respecto de una pregunta sobre si padecía minusvalía o limitación); y en segundo lugar, que aunque también se le preguntó por enfermedades o patologías concretas, sin embargo no se le preguntó específicamente ni por patologías de tipo cardiaco o pulmonar en general, ni por problemas actuales de hipercolesterolemia e hipertensión, lo que habría sido razonable por ser notorio que constituyen factores de riesgo generalmente asociados a las enfermedades coronarias y, en concreto, a la cardiopatía isquémica determinante del fallecimiento.

2.ª) Aunque la jurisprudencia viene entendiendo 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, no es este el caso.

Así, del hecho probado de que trece años antes de firmar la póliza se diagnosticaran al asegurado tanto una hipertensión arterial como una hipercolesterolemia (también se le diagnosticó una esquizofrenia paranoide, pero esta enfermedad carece de relación causal con la patología que provocó el fallecimiento), y de que en ambos casos se le prescribiera tratamiento farmacológico y seguimiento o control médico, no cabe colegir, en contra del criterio de la sentencia recurrida, que el asegurado tuviera que ser necesariamente consciente al tiempo de firmar la póliza de la importancia que tenían esos remotos antecedentes de salud para la exacta valoración del riesgo, pues no se ha objetivado la persistencia de los mismos en el tiempo porque de la documentación no resulta un diagnóstico concreto de patología cardiaca o pulmonar y nada dice que permita suponer que el asegurado continuara bajo tratamiento o control médico a resultas de aquellos antecedentes. Es decir, que el asegurado tuviera que ser consciente de sus antiguos problemas de tensión y colesterol alto, en tanto que le fueron diagnosticados en su día, no implica que esos problemas persistieran ni que por lo tanto el asegurado tuviera que ser consciente de padecerlos en el momento de firmar la póliza, que fue lo que se le preguntó, y mucho menos que tuviera que representarse necesariamente su importancia para el riesgo que pretendía asegurar.

En cuanto a los supuestos antecedentes de tabaquismo, a los que alude la sentencia de primera instancia y sobre los que nada dice la sentencia recurrida, no hay datos en la documentación médica que permitan objetivar su existencia y, además, para descartar su relevancia en este caso basta recordar que al asegurado no se le preguntó si consumía tabaco, sino si consumía más de 40 cigarrillos al día (pregunta 8), de modo que en la hipótesis de tenerle por fumador la respuesta negativa a esa concreta pregunta no podría considerarse inveraz al no existir constancia de un consumo tan elevado ni, por tanto, de que ese consumo tuviera relación causal con la patología cardiaca que ocasionó su fallecimiento (en este sentido, sentencia 611/2020).

3.ª) En definitiva, no hay constancia de que esos remotos antecedentes persistieran cuando firmó la póliza, ni que en ese momento impidieran al asegurado llevar una vida normal (pues tampoco constan periodos de incapacidad por enfermedad), por lo que no cabe reprochar al asegurado que no se los representara como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo, pues de nuevo procede resaltar que lo que libera a la aseguradora, conforme al art. 10 LCS, es el dolo o la culpa grave del asegurado, no la mera inexactitud en sus respuestas.

SEXTO.- En consecuencia, procede estimar el recurso de casación, casar la sentencia recurrida y, en funciones de instancia, estimar el recurso de apelación interpuesto por los demandantes, revocar la sentencia de primera instancia y estimar parcialmente la demanda, condenando a la aseguradora demandada a pagar a los demandantes la suma de 30.000 euros, incrementada con los intereses de demora del art. 20 LCS, pero no desde la fecha del siniestro (24 de agosto de 2013) sino desde la fecha de comunicación del siniestro a la compañía de seguros (18 de septiembre de 2013) y hasta su completo pago, calculados durante los dos primeros años siguientes al siniestro al tipo legal más un 50% y a partir de ese momento al tipo del 20% si aquel no resulta superior (sentencia de pleno 251/2007, de 1 de marzo, seguida, entre otras, por las sentencias 419/2020, de 13 de julio, y 140/2020, de 2 de marzo).

Este pronunciamiento en materia de intereses se funda en las siguientes razones:

1.ª) En su contestación a la demanda la aseguradora opuso con carácter subsidiario que los demandantes incumplieron su obligación de información y que por eso no debía apreciarse la mora de la aseguradora o, como mucho, que debía fijarse el comienzo del devengo de los intereses en la fecha de la comunicación del siniestro. Al oponerse al recurso de apelación de los demandantes insistió en que debía apreciarse la concurrencia de causa justificada para no pagar la indemnización.



2.ª) No concurre causa justificada para la no imposición de los intereses del art. 20 LCS. Como reiteraron, p.ej. las sentencias 116/2020, de 19 de febrero, 556/2019, de 22 de octubre, 56/2019, de 25 de enero, y 252/2018, de 10 de octubre, 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, 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 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 en torno a la realidad del siniestro o su cobertura, si bien la jurisprudencia niega que la discusión judicial en torno a la cobertura pueda oponerse como causa justificada del incumplimiento de la aseguradora cuando la discusión es consecuencia de una oscuridad de las cláusulas imputable a la propia aseguradora con su confusa redacción (en este sentido, sentencia 73/2017, de 8 de febrero, citada por las sentencias 252/2018, y 556/2019).

En este caso el seguro cubría el riesgo de fallecimiento por cualquier causa, lo que debió llevar a la aseguradora a asumir de modo inmediato sus responsabilidades, tan pronto tuvo conocimiento del mismo, sin perjuicio de su derecho a discutir en juicio la posible existencia de una causa legal o contractual que le permitiera liberarse del pago.

3.ª) Por el contrario, sí procede estimar la oposición de la aseguradora en cuanto al comienzo de su devengo, y esto porque también ha reiterado la jurisprudencia (p.ej. sentencia 503/2020, de 5 de octubre, con cita de las sentencias 556/2019, de 22 de octubre y 522/2018, de 24 de septiembre) que la regla general de que según el art. 20.6.ª LCS, el día inicial es la fecha del siniestro tiene dos excepciones: la primera, referida al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, implica que si no han cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o en la ley el término inicial del cómputo será el de la comunicación (artículo 20.6.ª II LCS) y no la fecha del siniestro; y la segunda, referida al tercero perjudicado o sus herederos, determina que excepcionalmente será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del ejercicio de la acción directa (art. 20. 6.ª III LCS) cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción por el perjudicado o sus herederos.

Esta doctrina es aplicable en el presente caso porque, pese a que los beneficiarios del seguro no podían desconocer el hecho del fallecimiento de su hermano, resulta que no comunicaron el siniestro hasta casi un mes después sin razón aparente que justificara tal dilación, de manera que durante ese lapso no puede apreciarse mora en la aseguradora.

SÉPTIMO.- Conforme al art. 398.2 LEC, no procede imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación, dada su estimación, ni las de la segunda instancia, dado que el recurso de apelación de los demandantes tenía que haber sido estimado.

Y conforme al art. 394.1 LEC procede imponer a la parte demandada las costas de la primera instancia, dado que la demanda ha sido estimada en lo sustancial (p.ej. sentencias 57/2021, de 8 de febrero, 684/2020, de 15 de diciembre, 568/2016, de 28 de septiembre, y 715/2015, de 14 de diciembre), toda vez que la fijación del comienzo del devengo de los intereses de demora en la fecha de comunicación del siniestro, apenas un mes después de que este ocurriera, no determina una diferencia cuantitativa sustancial entre lo pedido en la demanda y lo concedido en sentencia.

OCTAVO.- Conforme a la d. adicional 15.ª 8 LOPJ procede devolver a la parte recurrente el depósito constituido para recurrir en casación.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1.º- Estimar el recurso de casación interpuesto por los demandantes D. Anibal y D.ª Coro contra la sentencia dictada el 21 de febrero de 2018 por la sección 6.ª de la Audiencia Provincial de Valencia en el recurso de apelación n.º 567/2017.

2.º- Casar la sentencia recurrida para, en su lugar y con estimación del recurso de apelación interpuesto en su día por los demandantes, revocar la sentencia de primera instancia y estimar la demanda en lo sustancial, condenando a la demandada a pagar a los demandantes la suma de 30.000 euros incrementada con los intereses del art. 20 LCS desde la fecha de comunicación del siniestro (18 de septiembre de 2013) hasta su completo pago, calculados durante los dos primeros años siguientes al siniestro al tipo legal más un 50% y a partir de ese momento al tipo del 20% si aquel no resultase superior.



3.º- No imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación ni las de la segunda instancia e imponer a la parte demandada las costas de la primera instancia.

4.º- Y devolver a la parte recurrente el depósito constituido para recurrir.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y rollo de Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ