



Roj: **STS 5/2020** - ECLI: **ES:TS:2020:5**

Id Cendoj: **28079110012020100001**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **08/01/2020**

Nº de Recurso: **3646/2016**

Nº de Resolución: **7/2020**

Procedimiento: **Recurso extraordinario infracción procesal**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP O 2521/2016,**
STS 5/2020

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 7/2020

Fecha de sentencia: 08/01/2020

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 3646/2016

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 18/12/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. **Francisco Marín Castán**

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

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 3646/2016

Ponente: Excmo. Sr. D. **Francisco Marín Castán**

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Sánchez Guiu

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 7/2020

Excmos. Sres.

D. **Francisco Marín Castán**, presidente

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

D. Juan María Díaz Fraile



En Madrid, a 8 de enero de 2020.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por los demandantes D. Anselmo y D.^a Josefa, representados por el procurador D. Fernando Luis Cambor Villa bajo la dirección letrada de D. Carlos Suárez Fernández, contra la sentencia dictada el 7 de octubre de 2016 por la sección 6.^a de la Audiencia Provincial de Asturias en el recurso de apelación n.º 371/2016, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 1015/2015 del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Oviedo sobre reclamación de cantidad por seguros de vida. Ha sido parte recurrida la aseguradora demandada Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.^a Yolanda San Lorenzo Serna bajo la dirección letrada de D. Miguel Sánchez de las Matas.

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

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 27 de octubre de 2015 se presentó demanda interpuesta por D. Anselmo y D.^a Josefa contra la aseguradora Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros solicitando se dictara sentencia "condenando a la aseguradora Caja Rural S.A. de Seguros y Reaseguros, para que, conforme a las garantías cubiertas en las pólizas de seguro de vida temporal Póliza número NUM000 y Póliza número NUM001 :

" a) a liquidar el importe de la deuda contraída por el tomador don Desiderio con la Caja Rural de Asturias, pendiente de liquidar a la fecha del siniestro, y que según certificación bancaria asciende a la suma total de 61.482,38€, (Saldo cuenta n.º NUM002 : -280,24€; Préstamo cuenta n.º NUM003 : - 4.674,39€; Préstamo cuenta n.º NUM004 : -56.523,75€).

" b) a abonar el exceso, 28.517,62 a don Anselmo y doña Josefa .

" c) más los intereses del artículo 20 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro y las costas que se causen en este procedimiento".

SEGUNDO.- Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Oviedo, dando lugar a las actuaciones n.º 1015/2015 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció y se opuso a la demanda solicitando su íntegra desestimación con imposición de costas a la parte demandante.

TERCERO.- Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, la magistrada-juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 15 de junio de 2016 con el siguiente fallo:

"Que estimando la demanda formalizada por Don Anselmo y Doña Josefa frente a RURAL VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A., condeno a la demandada a liquidar, conforme a las garantías cubiertas en las pólizas de seguro de vida n.º NUM000 y NUM001 , el importe de la deuda contraída por el tomador, Don Desiderio , con CAJA RURAL de Asturias, pendiente de liquidar a la fecha del siniestro y que asciende a 61.482,38 euros y a abonar el exceso, 28.517,62 euros, a los demandantes, con el interés legal del dinero vigente en la fecha del siniestro incrementado en un cincuenta por ciento, que se devengará desde la fecha de interposición de la demanda.

" No se realiza expresa condena en costas".

CUARTO.- Interpuesto por la entidad demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la parte demandante y que se tramitó con el n.º 371/2016 de la sección 6.^a de la Audiencia Provincial de Asturias, esta dictó sentencia el 7 de octubre de 2016 con el siguiente fallo:

"Se estima el recurso de apelación deducido por RURAL VIDA, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS, contra la sentencia dictada por la Ilma. Sra. Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Oviedo, en autos de juicio ordinario núm. 1015/2015, seguido contra la misma a instancia de DON Anselmo Y DOÑA Josefa , a que el presente rollo se refiere, la que se REVOCA.

" En su lugar se desestima la demanda absolviendo de la misma a la aseguradora demandada.

" Todo ello sin hacer expresa imposición de costas en ambas instancias".

QUINTO.- Contra la sentencia de segunda instancia la parte demandante interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

El recurso extraordinario por infracción procesal se articuló en dos motivos, con los siguientes enunciados:

"1.- Con apoyo en el artículo 469, 1, 4 de la LEC, se alega infracción en la valoración de la prueba de los artículos 217 y 218, 1, 2 y 3 de la LEC y el 24 CE, por cuanto la sentencia de segunda instancia ha resuelto en contra de



lo que disponen los citados artículos respecto de la valoración de la carga de la prueba que la hace irracional, ilógica y arbitraria, vulnerando el derecho fundamental a la efectiva tutela judicial que reconoce el art. 24 CE, ...".

"2.- Con apoyo en el artículo 469, 1, 4 de la LEC, se alega infracción en la valoración de la prueba de los artículos 217 y 218, 1, 2 y 3 de la LEC y el 24 CE, por cuanto la sentencia de segunda instancia ha resuelto en contra de lo que disponen los citados artículos respecto de la valoración de la carga de la prueba que la hace irracional, ilógica y arbitraria, vulnerando el derecho fundamental a la efectiva tutela judicial que reconoce el art. 24 CE, ...".

El recurso de casación, formulado al amparo del ordinal 3.º del artículo 477.2 LEC, por existencia de interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, se componía de un solo motivo con el siguiente enunciado:

"1.- Se alega infracción de los artículos 3 y 10 de la Ley de Contrato de Seguro que disponen sobre el deber de colaboración del tomador del seguro en la determinación del riesgo e infracción de la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo contenida en la Sentencia de 16 de marzo de 2016, nº 157/2016, recurso 2426/2016 y en la sentencia de 4 de diciembre de 2014, nº 676/2014, rec. 2269/2013...".

SEXTO.- Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, los recursos fueron admitidos por auto de 30 de enero de 2019, a continuación de lo cual la demandada-recurrida presentó escrito de oposición solicitando la íntegra desestimación de los recursos con expresa imposición de costas a la parte recurrente.

SÉPTIMO.- Por providencia de 3 de diciembre 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 18, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente litigio versa sobre la reclamación del los padres del asegurado fallecido contra la aseguradora de este último pidiendo el cumplimiento de dos contratos de seguro de vida vinculados a sendos préstamos hipotecarios que estaban en vigor al producirse el siniestro. La demanda fue desestimada en segunda instancia por infracción del deber de declaración del riesgo por parte del asegurado, y a esta cuestión jurídica se reduce el recurso de casación.

Los antecedentes relevantes para la decisión de los recursos (de casación y por infracción procesal) interpuestos por la parte demandante son los siguientes:

1.- Se han declarado probados o no se discuten los siguientes hechos:

a) Con fecha 4 de febrero de 2010 (y efecto desde las 12 horas de ese mismo día), con la mediación de RGA Mediación, D. Desiderio suscribió con Rural Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante la aseguradora) una póliza (n.º NUM001, doc. 2 de la contestación a la demanda) denominada "Seguro de vida temporal" que, entre otros riesgos, cubría el de fallecimiento con una suma asegurada de 10.000 euros. El seguro estaba vinculado a un préstamo suscrito por el asegurado con la entidad Caja Rural de Asturias (en adelante la prestamista), perteneciente al mismo grupo empresarial al que pertenecía la aseguradora. Por esta razón, en la póliza se designó a la entidad prestamista como primera beneficiaria "por el importe de cualquier deuda contraída por el tomador y pendiente de liquidar en la fecha del siniestro".

b) Con fecha 24 de noviembre de 2010 (y efecto desde las 12 horas de ese mismo día), e idéntica mediación, los mismos asegurado y aseguradora suscribieron una segunda póliza (n.º NUM000, doc.3 de la contestación) que también cubría el riesgo de fallecimiento del primero, en este caso con la suma de 80.000 euros y asimismo vinculada a un préstamo concedido por la caja, que por ello aparecía también designada como primera beneficiaria en los términos antes expuestos.

c) En ambos documentos aparece la firma de " Anselmo " como tomador y asegurado.

d) En los dos casos se incluyó una "Declaración del asegurado" sobre su estado de salud.

En la primera póliza la declaración tenía el siguiente tenor:

"El asegurado declara que: (1)- Tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrina -diabetes-) que haya precisado tratamiento médico. (2)- No estar relacionada su profesión con actividades de electricidad de alta tensión, minería subterránea y tauromaquia ni realizar trabajos con materias peligrosas. (3)- No practica deportes de: alpinismo, escalada, espeleología, aéreos, subacuáticos ni competiciones de



vehículos a motor. (4)- No es consumidor habitual de tabaco y-o bebidas alcohólicas (salvo uno o dos vasos de vino o cervezas al día)".

En la segunda póliza la declaración presentaba la forma de un cuestionario (con preguntas y respuestas) y tenía el siguiente tenor:

"1.- [Tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrino -diabetes) que haya precisado atención médica?

"Sí

"2.- [Está su profesión relacionada con actividades de electricidad de alta tensión, minería subterránea, tauromaquia o con materiales peligrosos?

"NO

"3.- [Practica alguno de los siguientes deportes: Alpinismo, escalada, espeleología, aéreos, subacuáticos o competiciones de vehículos de motor?

"NO

"4.- [Es consumidor habitual de tabaco y-o bebidas alcohólicas (salvo uno o dos vasos de vino o cerveza al día?

"Sí".

d) Aunque en los dos casos el asegurado negó padecer enfermedades infecciosas, consta probado que ya las padecía al tiempo de contratar los seguros y realizar esas declaraciones sobre su salud. En concreto sífilis, diagnosticada en 2008 y por la que siguió tratamiento médico ese mismo año, y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad también diagnosticada en esa fecha y por la que estaba bajo control médico desde entonces, con pauta de tratamiento por medio de vacuna "de VHA" en el año 2009.

Además, aunque al realizar la primera declaración también negó ser fumador habitual y beber alcohol de forma habitual, consta probado que por entonces el asegurado "era fumador (2 paquetes al día) y bebedor de 100 gr. de etanol al día" (informe pericial, folios 379 y ss. de las actuaciones de primera instancia, incluyendo la documentación médica consultada para su emisión, en la que se hace constantemente referencia a ese consumo habitual de tabaco, iniciado en edad temprana -a los 16 años, según admitió el paciente, folio 292 de las actuaciones- y en cantidad de entre uno y dos paquetes diarios -folio 295 de las actuaciones-).

e) El asegurado falleció el 3 de agosto de 2013, estando ambas pólizas en vigor, soltero y sin descendencia (certificado de defunción aportado como doc. 4 de la contestación).

Sus padres, D. Anselmo y D.^a Josefa, fueron declarados sus herederos únicos y universales (acta notarial de declaración de herederos de fecha 6 de septiembre de 2013, aportada como doc. 2 de la demanda).

f) La causa directa de su fallecimiento (informe de la Fundación Hospital de Jové de fecha 3 de agosto de 2013, folio 256 de las actuaciones de primera instancia) fue "Insuficiencia respiratoria en contexto de hemoptisis masiva. Posible proceso linfoproliferativo diseminado. Infección vírica". En el mismo informe consta la siguiente nota:

"La infección por VIH no era conocida por casi ningún miembro de la familia, por lo que dado que tampoco ha sido la causa fundamental del exitus anoto simplemente infección vírica en otros procesos".

Según el informe pericial, apartado "Consideraciones médico-legales", folio 381 de las actuaciones de primera instancia, la causa del fallecimiento fue:

"Linfoma B de alto grado. Enfermedad diseminada (testicular, adenopática, ósea). Infección crónica virus inmunodeficiencia humana. Hemoptisis masiva".

En el mismo informe se indica que el linfoma B de alto grado es una de las enfermedades que se asocia al síndrome de inmunodeficiencia adquirida causado por el virus del VIH, y que, en este caso concreto, la infección crónica por VIH era la causante de la inmunodeficiencia y de la aparición del citado linfoma.

g) En la fecha del fallecimiento el importe total de las deudas pendientes de amortizar por el asegurado (incluyendo el saldo pendiente de amortizar por cada uno de los préstamos y el saldo negativo de su libreta de ahorros) era de 61.417,38 euros (certificado de saldos expedido por la entidad prestamista con fecha 3 de agosto de 2013, aportado como doc. 5 de la demanda).



2.- El siniestro fue comunicado a la aseguradora en el mismo mes de agosto de 2013 (doc. 4 de la contestación). La aseguradora no se hizo cargo del siniestro al considerar que los reclamantes no habían atendido sus requerimientos para que aportaran la documentación referida a los antecedentes de salud relativos a la fecha de diagnóstico del VIH. Tampoco fue posible la solución extrajudicial (testimonio del acto de conciliación intentado sin efecto con fecha 24 de junio de 2014, autos 415/2014 del Juzgado de Primera Instancia n.º 11 de Oviedo, doc. 30 de la demanda).

3.- Con fecha 27 de octubre de 2015 los padres del asegurado promovieron el presente litigio contra la compañía de seguros en ejercicio de acción de cumplimiento contractual, solicitando que, con arreglo a las garantías cubiertas, se la condenara a "liquidar el importe de la deuda contraída por el tomador" (61.482,38 euros en total, a razón de 280,24 euros en concepto de saldo negativo en cuenta corriente terminada en 719, 4.674,39 euros en concepto de saldo pendiente de amortizar del préstamo vinculado a la cuenta terminada en 850, y 56.523,75 euros en concepto de saldo pendiente de amortizar del préstamo vinculado a la cuenta terminada en 750), y a abonar el exceso (28.517,62 euros) a los demandantes. Todo ello más los intereses del art. 20 LCS.

En apoyo de sus pretensiones alegaban, en síntesis: (i) que los seguros de vida estaban en vigor al producirse el fallecimiento del asegurado, ambos cubrían el riesgo de fallecimiento, con un capital de 10.000 y 80.000 euros respectivamente, los dos señalaban como primera beneficiaria a la entidad prestamista hasta el límite del total de las deudas pendientes de liquidar, y por esto los demandantes, como herederos del fallecido, tenían derecho a cobrar el exceso; y (ii) que aunque comunicaron el siniestro y remitieron a la aseguradora toda la documentación que esta les fue sucesivamente requiriendo (incluida la relativa a sus antecedentes médicos), la aseguradora había decidido no hacerse cargo del mismo por considerar que el asegurado había infringido su deber de declarar el riesgo, sin que hubiera sido posible alcanzar una solución extrajudicial.

Como fundamentos jurídicos de fondo invocaron los arts. 1 y 20 LCS, y 1089, 1091 y concordantes del CC.

4.- La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando, en síntesis: (i) que la declaración del estado de salud del asegurado constituía la base de ambas pólizas (art. 1.º de las condiciones generales aportada como doc. 26 de la demanda); (ii) que cuando firmó las pólizas el asegurado afirmó encontrarse bien de salud y no padecer enfermedad o lesión infecciosa que hubiera precisado tratamiento, a pesar de que ya había sido diagnosticado y tratado de enfermedades infecciosas -VIH de transmisión sexual y sífilis, bajo control y tratamiento a cargo del Hospital Universitario Central de Asturias, incluyendo vacunación contra la hepatitis A y neumococo en 2009-; (iii) que estos antecedentes de salud (enfermedades infecciosas) tenían una relación directa con el linfoma de Burkitt que se le diagnosticó después de suscribir los seguros y que fue la causa de su fallecimiento, porque es frecuente su aparición en situaciones de inmunodepresión provocadas por el VIH; (iv) que, sin embargo, tales antecedentes fueron ocultados a la aseguradora, tanto por el asegurado cuando fue preguntado al efecto (vulnerando su deber de declarar el riesgo al incurrir en dolo o al menos en culpa grave), como después del siniestro por sus padres, pues en todo momento se negaron a aportar la documentación requerida por la aseguradora en la que constara la fecha de diagnóstico de dichas enfermedades infecciosas (en particular, la de diagnóstico del SIDA), infringiendo su deber de colaboración; y (v) que, además, el art. 3.2 d) de las condiciones generales excluía de cobertura los fallecimientos que trajeran causa de "enfermedades o dolencias originados con anterioridad a la entrada en vigor" del seguro, "aun cuando sus consecuencias o secuelas se manifiesten durante su vigencia".

5.- La sentencia de primera instancia estimó la demanda y condenó en costas a la demandada.

Sus razones fueron, en síntesis, las siguientes: (i) el debate se centraba en la aplicación del art. 10 LCS y su jurisprudencia; (ii) no se había probado que la firma que aparecía en la documentación de las pólizas no fuera la del asegurado, por lo que debía entenderse que fue él quien las firmó; (iii) el diagnóstico del VIH se produjo en 2008 y, por lo tanto, con anterioridad a la suscripción de las pólizas; (iv) sin embargo, esto no probaba el dolo o la culpa grave del asegurado, porque lo decisivo era la forma en que se recabó la declaración del asegurado sobre su salud (primera póliza) o en la que se le hicieron las preguntas del cuestionario (segunda póliza), ya que en el primer caso no fue un cuestionario sino que se plasmaron meras "negaciones o afirmaciones genéricas de haber padecido o padecer determinadas enfermedades", y en el segundo caso, aunque se tratara de un verdadero cuestionario, con preguntas y respuestas, las preguntas eran genéricas y las respuestas figuraban en letra impresa, lo que no era indicio de que "el empleado de la oficina tuviese delante al tomador y le estuviese formulando las preguntas en cuestión", además de que la aseguradora debió advertir la contradicción en que incurrió el asegurado respecto a su condición de consumidor habitual de tabaco; y (iv) por todo ello, dado que se trataba de seguros de vida vinculados a préstamos concedidos por una entidad designada en las pólizas como primera beneficiaria, la cual pertenecía además al mismo grupo empresarial que la aseguradora, sobre esta debían recaer las consecuencias de la falta de prueba de que las respuestas hubieran sido dadas por el asegurado a preguntas del empleado de aquella.



6.- Contra dicha sentencia la aseguradora interpuso recurso de apelación interesando la revocación de la sentencia apelada y la desestimación íntegra de su demanda.

En concreto, alegó: (i) la irrelevancia de que los seguros estuvieran vinculados a préstamos concedidos por una entidad de crédito del mismo grupo empresarial de la aseguradora; (ii) error en la valoración de la prueba e infracción de las normas que rigen su carga, pues era suficiente que constara la firma del asegurado para considerar acreditado que se le hicieron las preguntas y fue él quien las respondió, tratándose de preguntas claras, sencillas y de fácil comprensión sobre enfermedades concretas; (iii) en consecuencia, infracción de los arts. 10 y 89 LCS; (iv) en todo caso, procedencia de aplicar la exclusión de cobertura pactada; y (v) subsidiariamente, procedencia de minorar la indemnización con arreglo a la llamada regla de la equidad, tomando en cuenta la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera tenido que pagar de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

La parte demandante-apelada se opuso al recurso y solicitó su desestimación.

7.- La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación, desestimó íntegramente la demanda sin imponer las costas de las instancias a ninguna de las partes.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) de conformidad con el art. 10 LCS y su jurisprudencia, la circunstancia de que los seguros estén vinculados a préstamos "no empece la obligación que tiene el tomador del mismo de responder con veracidad a las preguntas que se le formulen", pero sí obliga al asegurador a extremar su "nivel de claridad, precisión y expresión detallada de las preguntas", lo que en este caso se cumple en las dos pólizas "toda vez que no se limitan a una vaga declaración de buen estado de salud", sino que contienen preguntas y respuestas detalladas y precisas en relación con enfermedades también concretas, en particular cuando se pregunta sobre el padecimiento de enfermedad o lesión infecciosa que haya precisado tratamiento médico; (ii) la validez del cuestionario no depende de la forma que adopte, aunque se trate de un formulario tipo o preimpreso; (iii) lo esencial para que el cuestionario sea válido es que se constate que fue cumplimentado por el asegurado personalmente o por el empleado del agente de seguros pero con las respuestas facilitadas por el asegurado, es decir, que no fue el agente el que lo rellenó por su cuenta limitándose el asegurado a firmarlo; (iv) aquel requisito se cumple en este caso porque tanto la declaración de salud (primera póliza) como el cuestionario (segunda póliza) fueron firmados por el asegurado mediante firma que no se ha probado por los demandantes que fuera falsa, y de esto cabe deducir, ante la falta de prueba en contrario, que sí se le formularon las preguntas contenidas en ellos y que también fue él quien facilitó las respuestas al empleado, lo que significa que fue él quien negó haber padecido o padecer enfermedad alguna infecciosa por la que hubiera recibido tratamiento, ocultando con esta respuesta que en 2008 (dos años antes) fue diagnosticado de VIH y de sífilis, así como que fue tratado (incluso con vacuna de VHA en 2009), y, por tanto, impidiendo que la aseguradora conociera un antecedente sobre su salud que finalmente tuvo incidencia en la causa de su fallecimiento (el linfoma B, provocado por la inmunodeficiencia derivada de la infección con el virus del VIH); y (iv) en suma, existió "una clara infracción del deber de contestación veraz", pues el tomador-asegurado ocultó datos sobre salud que conocía y por los que expresamente se le preguntó, impidiendo con ello que la aseguradora pudiera valorar debidamente el riesgo, lo que, conforme a los arts. 10 y 89 LCS, la exime de indemnizar.

8.- Los demandantes interpusieron contra dicha sentencia recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, interesando la estimación de la demanda. Como beneficiarios de justicia gratuita fueron declarados exentos de constituir el depósito para recurrir .

9.- En su oposición a los recursos la aseguradora recurrida ha solicitado su desestimación.

Recurso extraordinario por infracción procesal

SEGUNDO.- Este recurso se articula en dos motivos, formulados ambos al amparo del ordinal 4.º del art. 469.1 LEC, por valoración errónea de la prueba, lo que justifica su examen conjunto.

El motivo primero se funda en infracción de los arts. 217 y 218, apdos. 1, 2 y 3, de la LEC, y 24 de la Constitución, y en su desarrollo se argumenta, en síntesis: (i) que la sentencia recurrida vulnera las reglas de la carga de la prueba por tomar en consideración los docs. 2 y 3 de la contestación a la demanda en los que aparecía la firma del tomador a pesar de que fueron impugnados expresamente, lo que debería haber llevado a que prevalecieran los docs. 24 y 25 de la demanda (pólizas de seguro en su día remitidas por la aseguradora a requerimiento de la parte demandante), cuya eficacia probatoria no se ha cuestionado aunque en estos no apareciera la firma del tomador; (ii) que de la interpretación doctrinal del art. 326.1 LEC se deduce que "las reglas de la sana crítica deben llevar al tribunal a no otorgar valor probatorio alguno" a los documentos privados impugnados, en la medida en que no se ha probado que fuera del tomador la firma que en ellos aparece estampada y, por tanto,



que no se ha probado que fueran auténticos, siendo contradictorios con los docs. 24 y 25 de la demanda; y (iii) que el tomador nunca actuó con dolo ni mala fe ocultando datos sobre su salud por la sencilla razón de que la aseguradora nunca le presentó para su cumplimentación ningún formulario de salud o cuestionario.

El motivo segundo se funda también en infracción de los arts. 217 y 218, apdos. 1, 2 y 3, de la LEC, y 24 de la Constitución, y en su desarrollo se argumenta, en síntesis: (i) que la prueba se valora erróneamente porque del cuestionario no se desprende que el tomador incurriera en ocultación alguna cuando afirmó que gozaba de buena salud y cuando negó padecer enfermedad infecciosa "que hubiera precisado de tratamiento médico"; y (ii) que la inexistencia de ocultación dolosa resulta del hecho de que en el propio dictamen pericial se hiciera constar que, después de serle diagnosticada la infección por VIH, el asegurado no recibió tratamiento alguno (docs. 10 y 12 de los relacionados en el dictamen pericial) y del hecho de que no se haya probado que su fallecimiento trajera causa de su infección por VIH (doc. 11 de los relacionados en el dictamen pericial).

En su escrito de oposición la parte demandada-recurre solicita la desestimación de los dos motivos del recurso tanto por causa de inadmisión como por razones de fondo: (i) porque el recurso por infracción procesal no es una tercera instancia ni concurren las circunstancias excepcionales que permiten a esta sala revisar la valoración probatoria realizada por el tribunal sentenciador, habida cuenta de que no todos los posibles errores tienen relevancia constitucional; (ii) porque la parte recurrente omite que lo verdaderamente relevante es que se ha probado que cuando se firmaron las pólizas (2010) el asegurado sabía padecer y estar siendo tratado por enfermedades de tipo infeccioso, que fue por las que concretamente se le preguntó; (iii) porque en todo caso es incompatible la alegación de error patente en la valoración de la prueba con la vulneración de las reglas sobre la carga de la prueba en relación con un mismo hecho; y (iv) porque según el art. 469.1.4.º LEC solo cabe apreciar la vulneración del art. 24 de la Constitución cuando esta se haya denunciado en segunda instancia, lo que no ha ocurrido en este caso.

TERCERO.- Es doctrina jurisprudencial pertinente para resolver ambos motivos la siguiente:

Como recuerda la sentencia 572/2019, de 4 de noviembre, "esta sala no es una tercera instancia y por esta razón solo de forma excepcional se admite la revisión de la valoración probatoria del tribunal sentenciador por la existencia de un error patente o arbitrariedad en la valoración de alguna prueba, o bien por la concreta infracción de una norma tasada de valoración de prueba, siempre que, por resultar manifiestamente arbitraria o ilógica, la valoración de esa determinada prueba no supere, conforme a la doctrina constitucional, el test de la racionalidad constitucionalmente exigible para respetar el derecho a la tutela judicial efectiva reconocido en el art. 24 de la Constitución (entre las más recientes, sentencias 88/2019, de 13 de febrero, y 132/2019, de 5 de marzo)".

Esa misma doctrina reitera que el recurso por infracción procesal no es el cauce adecuado para denunciar cuestiones jurídicas sustantivas (por ejemplo, sentencias 570/2019, de 4 de noviembre, y 565/2019, de 23 de octubre); que la existencia de error patente solo puede invocarse a través del ordinal 4.º del art. 469.1 LEC (entre otras, sentencia 411/2019, de 9 de julio, con cita de la 503/2018, de 19 de septiembre); que no cabe confundir una valoración errónea de la prueba con la infracción de las normas que regulan la carga probatoria (sentencias 565/2019, de 23 de octubre, y 468/2019, de 17 de septiembre) ya que la finalidad de las reglas sobre carga de la prueba es determinar "contra cuál de los litigantes deben operar las consecuencias desfavorables de la falta de demostración de los hechos controvertidos relevantes para la decisión del litigio" (sentencia 468/2019), por lo que no entran en juego más que en casos de falta de prueba de esos hechos; y en fin, que la mezcla en un mismo motivo de cuestiones procesales y sustantivas, o solo procesales pero heterogéneas entre sí, como lo son las de valoración de la prueba y carga de la prueba, o ambas respecto de los deberes de congruencia y motivación, entraña falta de claridad y precisión en la formulación del motivo y, por tanto, incumplimiento de los requisitos del escrito de interposición (art. 473.2. 1.º en relación con art. 469.1, ambos de la LEC) y carencia manifiesta de fundamento (art. 473.2. 2.º LEC), que en sentencia deben apreciarse como causas de desestimación (sentencia 562/2018, de 10 de octubre, con cita de las sentencias 653/2017, de 29 de noviembre, y 273/2018, de 10 de mayo, esta última también referida a un seguro de vida en el que la controversia en casación también versaba sobre la interpretación del art. 10 LCS).

CUARTO.- De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta a los motivos examinados se desprende que estos deben ser desestimados por las siguientes razones:

1.ª) Formalmente, el recurso incurre en graves defectos que han de conducir a su desestimación por causa de inadmisión. En los dos motivos se citan como infringidos los arts. 217 y 218 LEC, que respectivamente regulan la distribución de la carga probatoria y los deberes de congruencia y motivación de la sentencia que nada tienen que ver con la valoración probatoria ni por tanto son preceptos cuya cita sea idónea para revisarla, aunque se acompañen de la cita como infringido del art. 24 de la Constitución. En definitiva, se mezclan de forma confusa cuestiones procesales heterogéneas, que deben ser planteadas por separado, y se pretende



revisar la prueba al socaire de un supuesto error patente sin cumplir los requisitos exigibles, en particular sin citar la concreta norma de prueba que se considere infringida.

2.ª) Además, el recurso en su conjunto desconoce que las reglas sobre carga de la prueba tienen por finalidad determinar qué parte ha de soportar las consecuencias de la falta de prueba de un hecho litigioso y, por lo tanto, solo entran en juego cuando no se ha practicado prueba al respecto, lo que no ha sido el caso, y también desconoce que la apreciación de dolo o culpa grave entraña una valoración jurídica que solo cabe revisar en casación.

Así, respecto del motivo primero, la sentencia recurrida no atribuye indebidamente a la parte demandante las consecuencias negativas de la falta de prueba de que la firma sea falsa, sino que, precisamente porque la firma consta estampada en las dos pólizas e incumbía a la parte que negaba su autenticidad probar este hecho, considera que la falta de prueba de la parte demandante al respecto permite considerar que la firma que figura en los documentos 2 y 3 de la contestación es del tomador-asegurado con arreglo a la sana crítica y en una valoración conjunta con el resto de pruebas. En definitiva, lo que no puede pretender la parte recurrente es privar de valor a unos documentos por el mero hecho de haber aducido una falta de autenticidad de la firma que no ha podido acreditar.

A lo anterior se une que cuando la parte recurrente niega que el tomador actuara con dolo ocultando datos sobre su salud lo hace a partir de un hecho que no tiene reflejo en los hechos probados, cual es que la aseguradora nunca le presentó para su cumplimentación ningún formulario de salud o cuestionario, cuando la realidad es que sí hubo declaración o cuestionario, perteneciendo al ámbito del recurso de casación, como cuestión sustantiva, la valoración jurídica de su contenido, esto es, si fue o no formal y materialmente válido para apreciar esa ocultación dolosa. En este sentido, la sentencia 37/2019, de 21 de enero, recuerda que "la controversia sobre la validez material del cuestionario en atención a su contenido es una cuestión jurídica sustantiva que únicamente puede ser examinada en casación (sentencia 562/2018, de 10 de octubre, con cita de las sentencias 542/2017, de 4 de octubre, y 313/2014, de 18 de junio)".

En cuanto al motivo segundo, la disconformidad de la parte recurrente con las conclusiones del tribunal sentenciador nada tienen que ver con una posible valoración errónea de la prueba practicada ni con la infracción de las reglas sobre carga de la prueba, ni menos aún con la infracción de los deberes de congruencia o motivación, pues lo que se impugna es la valoración material del cuestionario, según resulta de las consideraciones sobre aspectos jurídicos relativos a su contenido, a la idoneidad de las preguntas, al modo en que fue recabada la declaración e, incluso, a la falta de relación entre las patologías ocultadas y la que fue causa de su fallecimiento.

Recurso de casación

QUINTO.- El recurso de casación se compone de un solo motivo fundado en infracción de los arts. 3 y 10 LCS y de la jurisprudencia de esta sala que se cita y extracta (sentencias 157/2016, de 16 de marzo, y 676/2014, de 4 de diciembre), que los recurrentes interpretan en el sentido de que debe ser la aseguradora la que soporte las consecuencias de la falta de presentación de un cuestionario en el que se concreten preguntas relevantes sobre un determinado riesgo, por más que dicho cuestionario sea firmado. Es decir, lo que se argumenta es que la firma del cuestionario o de la declaración de salud no es bastante para apreciar ocultación dolosa si, como se afirma que ha sido el caso, el asegurador presenta un cuestionario incompleto, con preguntas genéricas o ambiguas, que no permitan al asegurado relacionar sus antecedentes de salud con la enfermedad causante del siniestro.

La aseguradora recurrida se opone al recurso alegando, en síntesis, que la sentencia recurrida es plenamente conforme con la jurisprudencia sobre el art. 10 LCS ya que en este caso consta probado que el asegurado firmó en los documentos en los que aparecían la declaración de salud y el cuestionario, y que estos fueron cumplimentados con las respuestas del tomador-asegurado a preguntas del empleado de la mediadora (hecho no discutido por la parte demandante y que por tanto no puede plantear ahora porque de hacerlo sería una cuestión nueva), además de que existía una exclusión de cobertura según la cual las pólizas no cubrían los fallecimientos que fueran causa de enfermedades o dolencias anteriores a su vigencia.

SEXTO.- En un caso que presenta con este una semejanza sustancial, la sentencia 572/2019, de 4 de noviembre, sintetizando la jurisprudencia sobre la materia, declara:

"De la doctrina de esta sala sobre el art. 10 LCS (sentencias 106/2019, de 19 de febrero, 81/2019, de 7 de febrero, 53/2019, de 24 de enero, 37/2019, de 21 de enero, 621/2018, de 8 de noviembre, 562/2018, de 10 de octubre, 563/2018, de 10 de octubre, 528/2018, de 26 de septiembre, 426/2018, de 4 de julio, 323/2018 de 30 de mayo, 273/2018, de 10 de mayo, 542/2017, de 4 de octubre, 222/2017, de 5 de abril, 726/2016, de 12 de diciembre, 157/2016, de 16 de marzo, y 72/2016, de 17 de febrero, entre otras) se desprende, en



síntesis: (i) que el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que 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; (ii) que el asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber de respuesta por la sola circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal; (iii) que el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, admitiéndose también como cuestionario las "declaraciones de salud" que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza; y (iv) que 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 intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

"Como recuerdan las citadas sentencias, la aplicación concreta de dicha jurisprudencia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario".

"Por su semejanza con el presente caso, dadas las circunstancias concurrentes, resultan de aplicación las sentencias 37/2019, de 21 de enero, 621/2018, de 8 de noviembre, 563/2018, de 10 de octubre, 273/2018, de 10 de mayo, 542/2017, de 4 de octubre, 726/2016, de 12 de diciembre, y 72/2016, de 17 de febrero. Todas ellas (a diferencia de las sentencias 157/2016, de 16 de marzo, 222/2017, de 5 de abril, 323/2018, de 30 de mayo, y 562/2018, de 10 de octubre, que no apreciaron la infracción del deber de declarar el riesgo) declararon la existencia de ocultación dolosa o, cuando menos, gravemente negligente (sentencia 542/2017), atendiendo no solo al hecho de que en algunos de esos casos el cuestionario no era impreciso (porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas) sino también a que en otros casos, pese a la generalidad del cuestionario, existían "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar" (sentencia 621/2018, con cita de la 542/2017)".

SÉPTIMO.- De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta al único motivo del recurso se desprende que ha de ser desestimado por las siguientes razones:

1.ª) Partiendo de los hechos probados, que no cabe revisar en casación, la razón decisoria de la sentencia recurrida consiste en que el asegurado, al realizar la declaración de salud contenida en la primera póliza y contestar al cuestionario incluido en la segunda, y antes de firmar ambos documentos, ocultó datos sobre su salud por él conocidos al tiempo de suscribir ambas pólizas, cuya influencia en la valoración del riesgo razonablemente podía conocer y que estaban directamente relacionados con la enfermedad que determinó su fallecimiento.

En concreto, tras recordar que el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, y declarar probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por el personal de la entidad que medió en la contratación de los seguros, analiza lo verdaderamente relevante, que 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. A este respecto concluye, en lo que interesa, que fue preguntado específicamente acerca de si padecía o había padecido enfermedad infecciosa y que, pese a haber sido diagnosticado al menos dos años antes de dos enfermedades de ese tipo (sífilis e infección por VIH) y constar que también había recibido tratamiento (en un caso, incluso profiláctico), sin embargo contestó negando tales padecimientos, lo que para el tribunal sentenciador entraña una ocultación dolosa del riesgo que debía valorar la aseguradora y que finalmente tuvo incidencia causal en el fallecimiento del asegurado, pues se debió a un linfoma tipo B provocado por una inmunodeficiencia derivada de la infección por VIH.

2.ª) Frente a tales razonamientos, las alegaciones de la parte recurrente carecen de consistencia, pues el núcleo de su argumentación -consistente en que la firma del cuestionario o de la declaración de salud no es bastante para apreciar ocultación dolosa- discurre al margen tanto de los hechos probados como a la razón decisoria de la sentencia recurrida, de modo que la vulneración de la doctrina que cita para justificar el interés casacional solo sería posible si se prescindiera de aquellos.

Así, en primer lugar, no solo insiste en negar que sea del asegurado la firma que aparece en la declaración y el cuestionario de salud, pese lo considerado probado en sentido opuesto por la sentencia recurrida, sino que además sostiene que no se le presentó cuestionario o declaración de salud por parte de la aseguradora, y, en



todo caso, que estos fueron cumplimentados por personal de la entidad mediadora, cuando, por el contrario, el tribunal sentenciador considera acreditado, tras valorar la prueba en su conjunto, que la declaración de salud y el cuestionario fueron cumplimentados con las respuestas que facilitó el propio asegurado, conclusión fáctica que debe respetarse en casación tras haber sido desestimado el recurso por infracción procesal (sentencia 562/2018, de 10 de octubre, con cita de la sentencia 542/2017, de 4 de octubre).

En segundo lugar la parte recurrente, para negar que se le presentara al asegurado un cuestionario materialmente válido, sostiene que las preguntas fueron genéricas o ambiguas, lo que le habría impedido representarse sus antecedentes de salud como objetivamente influyentes para valorar el riesgo, sobre todo porque, según se aduce, el asegurado no fue tratado médicamente por las enfermedades que le habían diagnosticado con anterioridad. Sin embargo, la sentencia recurrida, y la sola lectura de los documentos correspondientes, despeja cualquier duda acerca de la concreción de las preguntas, pues estas no se limitaron a recabar la opinión del asegurado sobre su salud en general, sino que versaron específicamente sobre si padecía determinadas enfermedades, entre ellas las "infecciosas", lo que el asegurado negó al contratar los dos seguros pese a ser plenamente consciente de que sí las padecía (pues fue diagnosticado en 2008) y pese a haber recibido tratamiento médico (una vacuna específica en el caso del VIH), incurriendo así en el dolo a que se refiere el art. 10 LCS, como resulta también de que en varios informes médicos conste que el paciente había mostrado al personal sanitario su interés para que no se divulgara que padecía VIH.

En estas circunstancias, dado que también se ha probado que la causa de la muerte fue un linfoma cuya aparición suele asociarse con la inmunodeficiencia derivada de la infección por VIH, la apreciación de dolo por el tribunal sentenciador se ajusta plenamente a la jurisprudencia de esta sala.

OCTAVO.- Conforme a los arts. 487.3 y 398.1 en relación con el 394.1, todos de la LEC, procede confirmar la sentencia recurrida e imponer las costas a la parte recurrente.

FALLO

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

1.º- Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por los demandantes D. Anselmo y D.ª Josefa contra la sentencia dictada el 7 de octubre de 2016 por la sección 6.ª de la Audiencia Provincial de Asturias en el recurso de apelación n.º 371/2016.

2.º- Confirmar la sentencia recurrida.

3.º- E imponer las costas de los recursos a la parte recurrente.

Líbrese a la mencionada Audiencia la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de apelación remitidos.

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

Así se acuerda y firma.