

Roj: STS 5095/2014 - ECLI:ES:TS:2014:5095
Órgano: Tribunal Supremo. Sala de lo Civil
Sede: Madrid
Sección: 1
Nº de Recurso: 982/2013
Nº de Resolución: 669/2014
Fecha de Resolución: 02/12/2014
Procedimiento: CIVIL
Ponente: IGNACIO SANCHO GARGALLO
Tipo de Resolución: Sentencia

Resumen:

Contrato de seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario. El tomador del seguro no incluyó en el cuestionario de salud que padecía un enfermedad que le había provocado la incapacidad, pero que no fue la que a la postre provocó la muerte. El asegurado murió como consecuencia de un cáncer de pulmón que se detectó con posterioridad a la firma del contrato de seguro. Recurso extraordinario por infracción procesal: incongruencia extra petitum e infracción de las reglas de la carga de la prueba. Recurso de casación. Interpretación del art. 10 LCS, en relación a la apreciación de dolo o culpa grave en el tomador de un seguro que omite incluir en el cuestionario, rellenado por un empleado de la Caja prestamista, una referencia a una discapacidad cuya existencia era evidente a simple vista.

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a dos de Diciembre de dos mil catorce.

La Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los Magistrados al margen indicados, ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación interpuestos respecto la sentencia dictada en grado de apelación por la sección 14ª de la Audiencia Provincial de Madrid, como consecuencia de autos de juicio ordinario seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia núm. 6 de Coslada.

Los recursos fueron interpuestos por la entidad Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -Caser-, representada por el procurador José Ignacio Osset Rambaud.

Es parte recurrida Rogelio y Benita, representados por la procuradora Eloísa García Martín.

ANTECEDENTES DE HECHO

Tramitación en primera instancia

1. El procurador Armando Muñoz Miguel, en nombre y representación de Rogelio y Benita, interpuso demanda de juicio ordinario ante el Juzgado de Primera Instancia núm. 6 de Coslada, contra la entidad Caser, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., para que se dictase sentencia:

"por la que se condene a Caser, a pagar a mis mandantes la cantidad de noventa mil quinientos ochenta y cuatro euros y ochenta y cinco céntimos (90.584,85 euros), así como los intereses legales, todo ello con expresa imposición de costas."

2. El procurador José Ignacio Osset Rambaud, en representación de la entidad Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser), contestó a la

demanda y suplicó al Juzgado dictase sentencia:

"por la que se desestime la demanda conforme al suplico de la misma, con imposición de costas para la parte demandante."

3. El Juez de Primera Instancia núm. 6 de Coslada dictó Sentencia con fecha 22 de febrero de 2009, con la siguiente parte dispositiva:

"FALLO: Que desestimando la demanda interpuesta por el Procurador Don Armando Muñoz Miguel, en nombre y representación de Don Rogelio y Doña Benita , contra Caser Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., debo absolver y absuelvo a la demandada de todos los pedimentos deducidos en su contra, con expresa imposición de las costas a la parte actora."

Tramitación en segunda instancia

4. La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de Rogelio y Benita.

La resolución de este recurso correspondió a la sección 14^a de la Audiencia Provincial de Madrid, mediante Sentencia de 20 de diciembre de 2012, cuya parte dispositiva es como sigue:

"FALLAMOS: Que estimando el recurso de apelación interpuesto por el procurador Sr. Muñoz Miguel en representación de don Rogelio y doña Benita contra la sentencia dictada en autos de juicio ordinario seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia número 6 de Coslada, bajo el número 479 de 2011, debemos revocar y revocamos dicha resolución, dejando sin efecto sus pronunciamientos, acordando en su lugar estimar la demanda presentada por los ahora apelantes contra Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., condenando a dicha entidad al pago de noventa mil quinientos ochenta y cuatro euros con ochenta y cinco cms. (90.584'85 €) en virtud de la póliza de seguro concertada con don Adriano en fecha 20 de julio de 2009, entregándose a Caja Guadalajara el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado a la póliza de seguro a la fecha de fallecimiento del tomador, y el remanente que reste a los demandantes, incrementado este último en el interés legal devengado desde la fecha de interposición de la demanda, sin hacer expresa condena en el pago de las costas causadas en la primera instancia, como tampoco de las ocasionadas en esta alzada."

5. Con fecha 5 de febrero de 2013 se dictó Auto de Aclaración por la sección 14^a de la Audiencia Provincial de Madrid, con la siguiente parte dispositiva:

"LA SALA ACUERDA: Declarar procedente la aclaración de la sentencia dictada en el presente recurso de apelación, en los términos solicitados por la Procuradora Sra. García Martín en representación de don Rogelio y doña Benita , rectificando el error de transcripción apreciado en el fallo dicha resolución, que quedará del tenor literal siguiente:

Que estimando el recurso de apelación interpuesto por el procurador Sr. Muñoz Miguel en representación de don Rogelio y doña Benita contra la sentencia dictada en autos de juicio ordinario seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia número 6 de Coslada, bajo el número 479 de 2011, debemos revocar y revocamos dicha resolución, dejando sin efecto sus pronunciamientos, acordando en su lugar estimar la demanda presentada por los ahora apelantes contra Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., condenando a dicha entidad al pago de noventa mil quinientos ochenta y cuatro euros con ochenta y cinco cms. (90.584'85 €) en virtud de la póliza de seguro concertada con don Adriano en fecha 20 de julio de 2009, entregándose a Caja Guadalajara el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado a la póliza de seguro a la fecha de fallecimiento del tomador, y el remanente que reste a los demandantes,

incrementado este último en el interés legal devengado desde la fecha de interposición de la demanda, condenando a la parte demandada al pago de las costas causadas en la primera instancia y sin hacer especial pronunciamiento respecto de las ocasionadas en esta alzada."

Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación

6. El procurador José Ignacio Osset Rambaud, en nombre y representación de la entidad Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. - Caser-, interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación ante la Audiencia Provincial de Madrid, sección 14^a.

Los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal fueron:

"1º) Infracción del art. 218 LEC.

2º) Infracción del art. 217 LEC."

Los motivos del recurso de casación fueron:

"1º) Infracción del art. 10 LCS.

2º) Error al interpretar el art. 10.3 LCS."

7. Por diligencia de ordenación de 12 de abril de 2013, la Audiencia Provincial de Madrid, sección 14^a, tuvo por interpuestos el recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación y acordó remitir las actuaciones a la Sala Primera del Tribunal Supremo con emplazamiento de las partes para comparecer por término de treinta días.

8. Recibidas las actuaciones en esta Sala, comparecen, como parte recurrente, la entidad Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -Caser-, representada por el procurador José Ignacio Osset Rambaud; y como parte recurrida Rogelio y Benita, representados por la procuradora Eloísa García Martín.

9. *Esta Sala dictó Auto de fecha 26 de noviembre de 2013, cuya parte dispositiva es como sigue:*

"ADMITIR TANTO EL RECURSO EXTRAORDINARIO POR INFRACCIÓN PROCESAL COMO EL DE CASACIÓN interpuestos por la representación procesal de CAJA DE SEGUROS REUNIDOS S.A. (CASER), contra la sentencia dictada, con fecha 20 de diciembre de 2012 por la Audiencia Provincial de Madrid (Sección 14^a), con auto aclaratorio de 5 de febrero de 2013, en el rollo de apelación nº 501/12, dimanante de los autos de Juicio Ordinario nº 479/11 del Juzgado de Primera Instancia nº 6 de Coslada."

10. Dado traslado, la representación procesal de Rogelio y Benita, presentó escrito de oposición al recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación mencionados.

11. Al no solicitarse por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para votación y fallo el día 5 de noviembre de 2014, en que ha tenido lugar.

Ha sido Ponente el Magistrado Excmo. Sr. D. **Ignacio Sancho Gargallo**,

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Resumen de antecedentes

1. Para la resolución del presente recurso debemos partir de la relación de hechos relevantes acreditados en la instancia, tal y como fueron expresamente fijados por la sentencia recurrida:

i) Adriano , nacido en el año 1958, padecía una invalidez permanente absoluta desde el año 1996, declarada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, consecuente a pelviespondilitis anquilopoyética, HLA 27 positivo en estadio IV sobre IV columna vertebral cervical, dorsal y lumbar, con prótesis de cadera izquierda. Padeció reumatismo poliarticular agudo a los 13 años de edad, y pelviespondilitis anquilopoyética con afectación axial y periférica diagnosticada a los diecisiete años de edad, precisando artroplasia de cadera izquierda en 1990.

Las dolencias descritas, que motivaron la declaración de invalidez, estaban asociadas a deformaciones físicas y a limitaciones funcionales de movilidad evidentes, y necesariamente apreciables a simple vista.

ii) En 18 de Junio de 2009, Adriano adquirió una vivienda de la Empresa Municipal de Suelo de San Fernando de Henares, acogida al régimen de Viviendas de Protección Pública.

El comprador se subrogó en la hipoteca que gravaba la vivienda, en virtud del préstamo otorgado por Caja de Guadalajara, por 90.584'85 € de principal.

iii) El día 20 de Julio de 2009, Adriano suscribió un "Seguro de Vida T.A.R. Amortización", con referencia como "préstamo cubierto" al préstamo hipotecario otorgado por Caja Guadalajara. El tomador debía cumplimentar un impreso de condiciones particulares, conjuntamente emitido por la aseguradora Caser y por la prestamista Caja Guadalajara, documento que fue cumplimentado en la sede de Caja Guadalajara, durante la entrevista habida entre Adriano y los empleados de la Caja, sin presencia de representante o empleado de Caser. Las respuestas al cuestionario se realizaron mediante impresión mecánica, no manuscritas, lo que significa que materialmente se confeccionaron con la impresora de la oficina bancaria.

Esas condiciones particulares incluyen también una "declaración de estado de salud", que al igual que los restantes datos fue cumplimentado mecánicamente por Caja Guadalajara, y no de forma manuscrita por el tomador.

iv) En el apartado de "Beneficiarios" de las condiciones particulares se dice: «Beneficiario hasta cancelación de préstamo vinculado: Caja Guadalajara. En caso de que el capital asegurado en el momento del siniestro exceda del saldo pendiente de amortizar del préstamo vinculado, serán beneficiarios por el exceso en caso de fallecimiento, el cónyuge del asegurado no separado por resolución judicial; en su defecto, sus hijos por partes iguales (...)».

v) Adriano falleció el día 21 de Abril de 2010, en estado de divorciado. Dejó dos hijos, los ahora demandantes, quienes fueron declarados únicos herederos abintestato mediante acta de notoriedad.

vi) El fallecimiento se produjo por fracaso multiorgánico, a consecuencia de un cáncer de pulmón de estadio IV, con afectación mediastínica e hígado metastásico, con s.i.a.d.h. y probable síndrome mielodisplásico. Por la coagulopatía asociada y grave afectación hepática, evolucionó rápida y desfavorablemente, descartándose por el servicio de oncología cualquier tipo de tratamiento, todo ello según informe de exitus elaborado en el Hospital del Henares.

Esta enfermedad, que es la que ocasionó la muerte de Adriano, sobrevino con posterioridad a la celebración del contrato de seguro.

vii) El saldo pendiente de la póliza de préstamo hipotecario, a 17 de abril de 2010, era de 89.635,35 euros.

2. Los herederos de Adriano, sus hijos Rogelio y Benita, presentaron una demanda en la que pedían la suma asegurada con el reseñado contrato de seguro de vida, 90.584,85 euros. La demanda la dirigieron frente a la aseguradora Caser.

3. La sentencia dictada en primera instancia entiende que, como a la fecha del fallecimiento de Adriano, el saldo pendiente de amortización del préstamo ascendía a 89.635,35 euros, los demandantes tan solo tendrían derecho como beneficiarios a la diferencia con la suma asegurada (90.584,85 euros), esto es, 945,5 euros. También entiende que Adriano, en la medida en que ocultó sus antecedentes médicos y el tratamiento que estaba recibiendo, al suscribir la póliza, actuó con dolo o culpa grave, lo que libera al asegurador del deber de pago, razón por la cual desestima la demanda.

4. Por su parte, la sentencia de apelación, en primer lugar, reconoce la legitimación activa de los herederos de Adriano para reclamar la suma asegurada, no sólo la diferencia entre el saldo deudor de la póliza de préstamo en garantía de la cual se constituyó el seguro y la suma asegurada (945,5 euros), sino también el resto en la medida en que la entidad prestamista beneficiaria opte por no reclamar el pago de la indemnización por invalidez o muerte.

A continuación, aunque reconoce que el suplico de la demanda no está redactado «con la deseable claridad, pues no diferencia entre la porción de indemnización que debe destinarse a cancelar el préstamo hipotecario, mediante su entrega a Caja de Guadalajara, y la porción restante a entregar directamente a los demandantes», razona que «ello no impide un pronunciamiento que, dentro de la congruencia (art. 218 LEC), establezca esa diferenciación, pues es sabido que el principio de congruencia no exige una estricta literalidad entre los pedimentos de la demanda y los pronunciamientos de la sentencia, y por el contrario la súplica de la demanda debe integrarse con sus antecedentes fácticos y jurídicos, con los que conforma un todo inescindible, y, en el presente caso, de la íntegra lectura de la demanda se obtiene la evidente conclusión de que los actores están reclamando la indemnización con destino a la cancelación del préstamo vinculado, lo que obviamente presupone su entrega a la prestamista en la proporción que a ésta corresponda según la cuantía pendiente de cancelación».

Esto justifica que, después, en el fallo de la sentencia de apelación, se condene a la aseguradora demandada al pago de 90.584'85 euros «en virtud de la póliza de seguro concertada con don Adriano en fecha 20 de Julio de 2009, entregándose a Caja Guadalajara el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado a la póliza de seguro a la fecha de fallecimiento del tomador, y el remanente que reste a los demandantes (...)»

La sentencia, antes de concluir con este fallo, entiende que no existió dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro cuando dejó de manifestar la enfermedad que padecía al ser rellenado el cuestionario, pues en ese momento la Caja, como mandataria de Caser, era plenamente consciente de que el cuestionario de salud, cumplimentado materialmente por un empleado de la Caja, no se ajustaba a la verdad, por lo que tanto la Caja como Caser han de asumir las consecuencias de esa inexactitud consciente y voluntariamente aceptada.

La audiencia también argumenta que el párrafo tercero del art. 10 LCS sólo es de aplicación a los supuestos en que los datos omitidos o falseados en el cuestionario de salud estén causalmente relacionados con la naturaleza del siniestro acaecido, y en este caso no estarían ya que se ha declarado probado que la causa del fallecimiento fue un cáncer de pulmón detectado con posterioridad a la firma de la póliza de seguro.

5. Frente a la sentencia de apelación, la entidad aseguradora demandada interpone recurso extraordinario por infracción procesal, sobre la base de dos motivos, y recurso de casación, que se articula en dos motivos.

Recurso extraordinario por infracción procesal

6. *Formulación del motivo primero.* El motivo se basa en la infracción del art. 218 LEC, en cuanto que la sentencia recurrida ha incurrido en incongruencia al conceder algo distinto de lo solicitado en la demanda. En la demanda se había pedido la condena de Caser a pagar a los demandantes la suma de 90.584'85 euros, más los intereses legales, y el fallo de la sentencia de apelación condena a la aseguradora demandada al pago de 90.584'85 euros, «en virtud de la póliza de seguro concertada con don Adriano en fecha 20 de Julio de 2009, entregándose a Caja Guadalajara el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado a la póliza de seguro a la fecha de fallecimiento del tomador, y el remanente que reste a los demandantes (...)». En el desarrollo del motivo se aduce que la sentencia no sólo concede algo distinto, sino que resuelve por una causa de pedir distinta.

Procede desestimar el motivo por las razones que exponemos a continuación.

7. *Desestimación del motivo primero.* Con carácter general, venimos considerando que «el deber de congruencia se resume en la necesaria correlación que ha de existir entre las pretensiones de las partes, teniendo en cuenta el *petitum* [petición] y la *causa petendi* [causa de pedir] y el fallo de la sentencia» (Sentencias 173/2013, de 6 de marzo). En particular, en relación con la modalidad de incongruencia *extra petitum*, haber resuelto algo que no formaba parte del objeto del proceso, el Tribunal Constitucional puntualiza que «el juzgador está vinculado por la esencia y sustancia de lo pedido y discutido en el pleito, no por la literalidad de las concretas pretensiones ejercitadas, tal y como hayan sido formalmente formuladas por los litigantes» (STC 182/2000, de 10 de julio). De tal forma que «no se incurre en incongruencia cuando se da acogida a lo que sustancialmente está comprendido en el objeto del pleito o implícitamente en las pretensiones deducidas en la demanda» (Sentencia 1015/2006, de 13 de octubre).

En nuestro caso, los demandantes, beneficiarios del seguro vida concertado por su padre con ocasión de la firma de un contrato de préstamo hipotecario que pretendía garantizar su devolución, solicitaron en su demanda la condena de la compañía a pagarles la suma asegurada. La sentencia de apelación, al conocer de la objeción planteada por la aseguradora de que la beneficiaria del seguro sería, en primer lugar, la prestamista y hasta el saldo adeudado a la muerte del causante, no incurre en incongruencia cuando estima la demanda y ordena el pago de la suma asegurada, si bien primero debía entregarse a Caja Guadalajara el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro, para luego abonar el remanente a los demandantes.

En la medida en que los herederos demandantes tienen derecho a cobrar el restante de la suma asegurada que resulte de haberse amortizado antes aquel saldo pendiente del préstamo, la sentencia no incurre en incongruencia cuando resuelve en el sentido indicado, pues lo decidido estaba sustancialmente incluido en lo pedido. Máxime cuando, como afirma la sentencia recurrida, «de la íntegra lectura de la demanda se obtiene la evidente conclusión de que los actores están reclamando la indemnización con destino a la cancelación del préstamo vinculado, lo que obviamente presupone su entrega a la prestamista en la proporción que a esta corresponda según la cuantía pendiente de cancelación».

8. *Formulación del motivo segundo.* El motivo se funda en la infracción de lo establecido en el art. 217 LEC, al haberse aplicado incorrectamente las reglas de la carga de la prueba.

En el desarrollo del motivo se explica que la sentencia declara probado que Caja

Guadalajara, y por extensión Caser, fue plenamente consciente de las dolencias físicas notorias y evidentes de Adriano y, en aquella conciencia, el empleado de Caja Guadalajara cumplimentó materialmente el cuestionario incorporado al contrato, lo imprimió y lo presentó a la firma del tomador. El recurso no entiende cómo se ha podido llegar a esta conclusión, porque no se practicó prueba al respecto.

Procede desestimar el motivo por las razones que exponemos a continuación.

9. Desestimación del motivo segundo. El motivo debe desestimarse porque en este caso no se han aplicado las reglas de la carga de la prueba que se denuncian infringidas. Esto es, no ha existido ninguna infracción de las reglas de la carga de la prueba, porque no se ha cumplido el presupuesto legal para su aplicación, ya que el tribunal no ha considerado respecto de alguno de los hechos relevantes alegados por las partes que tuviera duda sobre su acreditación. Como recuerda la Sentencia 333/2012, de 18 de mayo, «las reglas de distribución de la carga de prueba sólo se infringen cuando, no estimándose probados unos hechos, se atribuyen las consecuencias de la falta de prueba a quién según las reglas generales o específicas, legales o jurisprudenciales, no le incumbía probar, y, por tanto, no le corresponde que se le impute la laguna o deficiencia probatoria».

Esto es, la audiencia no acude a las reglas de la carga de la prueba para declarar acreditado que Caja Guadalajara, y por extensión Caser, era plenamente consciente de las dolencias físicas notorias y evidentes de Adriano y, que en aquella conciencia, el empleado de Caja Guadalajara cumplimentó materialmente el cuestionario incorporado al contrato, lo imprimió y lo presentó a la firma del tomador. A esta conclusión llega la audiencia valorando la prueba practicada, en concreto, el propio documento de la declaración de salud, que no está rellenado a mano sino con letra impresa.

Lo anterior debe entenderse sin perjuicio de si existió o no una correcta valoración de la prueba practicada y de si a la vista de ella se podía concluir en el sentido que hace la audiencia, pues resulta ajeno al motivo invocado.

Recurso de casación

10. Formulación del motivo primero de casación. El motivo se funda en «la infracción del art. 10 LCS, en cuanto qué debe entenderse por dolo o culpa grave para que la aseguradora pueda quedar eximida del pago de la prestación».

En el desarrollo del motivo se argumenta que la sentencia recurrida infringe la jurisprudencia contenida en las Sentencias de esta Sala 1200/2007, de 15 de noviembre, 481/2007, de 11 de mayo y 600/2006, de 1 de junio, que configura el deber de declarar el riesgo como un deber no meramente formal o abstracto, que obligue a declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, sino concreto, en cuanto limitado a las conocidas sobre las que haya sido preguntado en el cuestionario que le somete el asegurador, con la consecuencia de que la ausencia de cuestionario o la falta de una pregunta relativa a una determinada circunstancia que pudiera influir de manera relevante en la valoración del riesgo, ha de ser soportada por el asegurador.

Por otra parte, sigue razonando el recurso en el desarrollo de este motivo, el dolo es entendido por la jurisprudencia como el engaño causado maliciosamente, al hacer creer al otro contratante lo que no existe o al ocultar la realidad. El asegurado incurrió en dolo «ya que al cumplimentar el cuestionario de salud, faltó manifiestamente a la verdad al responder no sólo a una sino a varias preguntas»; no podía dejar de ser consciente de ello; y esa alteración de la verdad influía decisivamente en la valoración del riesgo, ya que, de haberse conocido, hubiera supuesto un rechazo de la póliza.

Procede desestimar el motivo por las razones que exponemos a continuación.

11. Desestimación del motivo primero. Debemos partir de la jurisprudencia de esta Sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en la actualidad en el art. 10 LCS. Esta jurisprudencia se halla contenida en la Sentencia 1200/2007, de 15 de noviembre, que cita la anterior 600/2006, de 1 de Junio.

Según esta jurisprudencia: «El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro regula el deber de declaración del riesgo, como obligación fundamental del tomador para que el asegurador pueda conocer con exactitud el riesgo objeto de cobertura (...).

»A través del deber de la declaración del tomador del seguro de las circunstancias que delimitan el riesgo que se quiere que sea cubierto por el asegurador, aflora de manera nítida el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe. En efecto, se sabe que, siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. El asegurador, sólo con mucha dificultad y dentro de un ámbito limitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores. Estos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurado.

»El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, ubicado dentro del Título I referente a las Disposiciones Generales aplicables a toda clase de seguros, ha concebido más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se le pregunta por el asegurador, ya que éste, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Concepción que se ha aclarado y reforzado, si cabe, con la modificación producida en el apartado 1º de este artículo 10, al añadirse el último párrafo del mismo que dice que: '*quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en el (...)*'.

»El artículo 10, en lugar de concebir de una forma general y abstracta los límites del deber del tomador de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, ha acotado este deber limitándolo a la contestación del cuestionario que le somete el asegurador. Aparece así, como ha quedado dicho, no un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario que tiene su precedente en el derecho suizo. A diferencia del artículo 381 del Código de Comercio, en el que el asegurado estaba obligado a decir todo lo que sabía sobre el riesgo y también a decir exactamente todo lo que dice, el artículo 10 circunscribe el deber de declaración al cuestionario que el asegurador someta al presunto tomador del seguro. El deber de declaración se infringe cuando el riesgo que ha sido descrito y que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diverso del riesgo real. Esta infracción resulta de un hecho objetivo, cual es esa diferenciación entre la situación representada y la real (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de noviembre de 1993 [RJ 1993136] y 28 de octubre de 1998)».

12. Pero, como apunta la doctrina, para que pueda apreciarse una infracción de este deber de declaración del riesgo porque el descrito es diverso del real, es necesario que la discordancia sea relevante, porque las circunstancias en las que se basó la valoración del riesgo hubieran influido en las condiciones en que se contrató el seguro y en la decisión del asegurador de aceptar el contrato.

En nuestro caso, ha quedado acreditado que las dolencias omitidas en la declaración

de salud, que habían motivado la declaración de invalidez, estaban asociadas a deformaciones físicas y a limitaciones funcionales de movilidad evidentes, y necesariamente apreciables a simple vista. Esto es, eran evidentes a la vista del empleado de la Caja que, por cuenta de la compañía aseguradora, concertó con el tomador el seguro de vida vinculado al préstamo hipotecario. Eso significa que fue quien contrataba por la aseguradora quien obvió estas evidentes dolencias y admitió que no aparecieran reflejadas en la declaración de salud, por las razones que fueran, pero con el consiguiente efecto de que esta divergencia entre el riesgo declarado y el riesgo real, al tiempo de concertarse el seguro, no pudiera ser debida a una conducta dolosa o con culpa grave del tomador del seguro.

Esta última apreciación tiene sentido respecto de la pretensión esgrimida por la aseguradora demandada, de quedar liberada de su obligación de pago de la indemnización al amparo de lo previsto en la última mención del párrafo tercero del art. 10 LCS, según el cual «*si medio dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación*».

Para que pueda operar esta previsión legal, en atención a su ubicación sistemática, es necesario que concurren dos requisitos: i) que el siniestro se haya producido antes de que el asegurador haya hecho la declaración de denuncia del contrato en la forma prevista en el párrafo segundo del art. 10 LCS; y ii) la actitud de dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro al tiempo de realizar la declaración de salud, que según la jurisprudencia se corresponde con «una reticencia en la omisión de hechos, incluyentes y determinantes para la conclusión del contrato» (Sentencias 1200/2007, de 15 de noviembre, y 1190/2008, de 4 de diciembre de 2008).

En este caso, no sólo no habría dolo o culpa grave por parte del tomador del seguro, como hemos argumentado antes, sino que ni siquiera se cumpliría el primer requisito.

Si en el caso en que el asegurador llega a tener conocimiento de la declaración inexacta del tomador del seguro después de la firma del contrato, y no opta por su resolución en el plazo legal, se entiende que ha considerado irrelevante la declaración inexacta y, por lo tanto, caso de producirse el siniestro, no puede liberarse de la obligación de pago de la indemnización alegando dolo o culpa grave en el tomador del seguro al realizar la declaración de salud, con mayor motivo en el caso en que el asegurador es consciente de esta inexactitud al recabar la declaración de salud y, por lo tanto, antes de la celebración del contrato.

Esta conclusión se enmarca en las consideraciones más generales que, sobre la conducta del asegurador, hacíamos en la Sentencia 479/2008, de 3 de junio: «(e)sta Sala declara, en general, la relevancia de la conducta de la aseguradora durante la vida del contrato cuando sea reveladora de que determinadas omisiones del asegurado son en realidad irrelevantes. El deber de buena fe que informa el art. 10 LCS -cuando impone al tomador un deber de respuesta sin reservas ni inexactitudes- tiene como contrapartida que el asegurador asume el riesgo cuando, antes de contratar, no ha pedido un mayor detalle sobre circunstancias que considere relevantes (STS 21 de febrero de 2003, rec. 1868/97). Especialmente, la jurisprudencia tiene en cuenta en los seguros de crédito, con el fin de valorar la trascendencia de las inexactitudes que puedan haberse cometido en la declaración, las posibilidades de la aseguradora de completar su información acerca de los clientes declarados y, en general, la conducta de la aseguradora durante la vida del contrato en relación con el estudio y clasificación de determinados clientes (STS 29 de marzo de 2006, rec. 3066/1999), con mayor razón cuando la declaración del tomador del seguro se proyecta sobre actos económicos futuros imposibles de precisar de antemano con toda exactitud».

13. Formulación del motivo segundo. El motivo se funda en que la sentencia recurrida incurre en error al interpretar el art. 10.3 LCS, cuando afirma que es preciso que la enfermedad que causa el fallecimiento fuese la que el asegurado omitió informar al rellenar el cuestionario de salud. Frente a ello la jurisprudencia, argumenta el recurso, viene manteniendo este tipo de omisión en el cuestionario constituye un factor de valoración del

riesgo que debería haberse puesto manifiesto a tenor de lo dispuesto en los arts. 89 y 10 LCS, siendo el efecto de la omisión producida el previsto la reducción de la indemnización, y si medio dolo o culpa, la exoneración de responsabilidad.

Procede desestimar el motivo por las razones que exponemos a continuación.

14. Desestimación del motivo. Una vez que hemos desestimado el primer motivo y que, consecuentemente, queda ratificado que no existió dolo o culpa grave del tomador del seguro al omitir, en la declaración de salud, aquellas dolencias, resulta irrelevante el análisis de este segundo motivo por el que se impugna la segunda razón aportada por la audiencia, a mayor abundamiento, porque con lo anterior resulta suficiente para justificar que el asegurador no puede liberarse de la obligación de indemnizar.

Costas

15. Desestimado el recurso extraordinario por infracción procesal, imponemos a la recurrente las costas de su recurso (art. 398.1 LEC)

Desestimado el recurso de casación, imponemos a la recurrente las costas de su recurso (art. 398.1 LEC).

Por lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

Desestimamos el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por la representación de Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser), contra la *Sentencia de la Audiencia de Madrid (sección 14^a) de 20 de diciembre de 2012, que resuelve el recurso de apelación (rollo núm. 501/2012)* contra la *Sentencia del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 6 de Coslada de 22 de febrero de 2009 (juicio ordinario 479/2011)*, con imposición de las costas del recurso a la parte recurrente.

Desestimamos el recurso de casación interpuesto por la representación de Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (Caser), contra la reseñada sentencia de la Audiencia de Madrid (sección 14^a) de 20 de diciembre de 2012, con imposición de las costas del recurso a la parte recurrente.

Publíquese esta resolución conforme a derecho y devuélvanse a la Audiencia los autos originales y rollo de apelación remitidos con testimonio de esta resolución a los efectos procedentes.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos .- Francisco Marin Castan.- Jose Ramon Ferrandiz Gabriel.- Ignacio Sancho Gargallo.- Francisco Javier Orduña Moreno.- Rafael Saraza Jimena.- Sebastian Sastre Papiol.- Firmado y Rubricado. PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por el EXCMO. SR. D. **Ignacio Sancho Gargallo**, Ponente que ha sido en el trámite de los presentes autos, estando celebrando Audiencia Pública la Sala Primera del Tribunal Supremo, en el día de hoy; de lo que como Secretario de la misma, certifico.