

EL SEGURO DE VIDA Y LA INDISPUTABILIDAD DEL ARTÍCULO 89 DE LA LCS: NO PROCEDE APLICAR LA REGLA DE EQUIDAD CUANDO NO HAY RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LAS OMISIONES O INEXACTITUDES DEL CUESTIONARIO DE SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA QUE SE MATERIALIZA EL RIESGO.

Sentencia de 3 de diciembre de 2024 de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

Ponente: Pedro José Vela Torres.

**Javier López García
de la Serrana**

Abogado – Doctor en
Derecho Director de
HispaColex

1.- INTRODUCCIÓN

En la sentencia analizada, se aborda la acción ejercitada por parte del asegurado de un seguro de vida e invalidez suscrito en el año 2009, quien tras serle reconocida una incapacidad absoluta por un carcinoma de páncreas en el año 2014, reclama a la aseguradora el capital pactado por dicha cobertura de 184.277,97 euros. La cuestión litigiosa surge cuando la aseguradora se opone parcialmente al pago reclamado, alegando que el asegurado incurrió en dolo o culpa grave al tiempo de suscribir el correspondiente seguro de vida, y haber ocultado cuando se le presentó el cuestionario de salud padecer hipertensión y epilepsia.

Asimismo, se discute si en un seguro de vida, la regla de la equidad aplicada por la apelada, prevista en el artículo 10. 3 de la Ley de Contrato de Seguro, procede sólo durante el primer año de vigencia del contrato, y si resulta aplicable la regla de indisputabilidad prevista en el artículo 89 de la citada Ley, al concurrir dolo y culpa grave del asegurado. Y ello, a pesar de que la aseguradora

reconoció que de haber conocido tales dolencias habría suscrito igualmente la póliza con un recargo, de ahí que con anterioridad al procedimiento judicial indemnizara al apelante en la cantidad de 105.044,79 euros.

2.- SUPUESTO DE HECHO

En fecha 15 de enero de 2009 el actor suscribió un seguro de vida, aparejado a un contrato de préstamo hipotecario con la demandada, que aseguraba entre otros extremos la invalidez/incapacidad permanente absoluta. En fecha 10 de diciembre de 2014, fue declarado en situación de incapacidad permanente absoluta por el INSS.

Como consecuencia de la declaración del siniestro, en fecha 10 de marzo de 2015 la aseguradora demandada ofertó y abonó a la actora la cantidad de 105.044,79 euros, de los 184.277,97 euros de la suma garantizada inicialmente por la póliza. Dicha oferta se realizó en los siguientes términos: “No obstante lo anterior y valorando la gravedad y posibilidades de aceptación de los padecimientos omitidos, hemos pro-

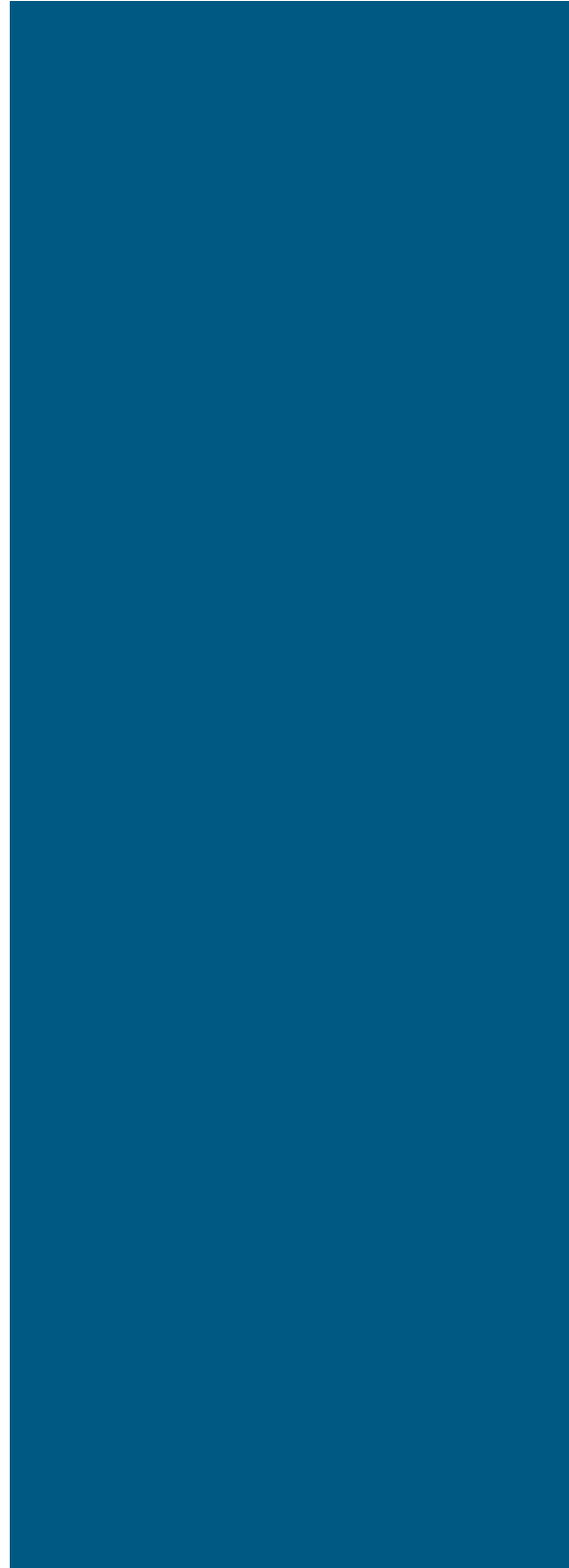


cedido de manera excepcional a realizar una valoración proporcional del capital que corresponde, en base a las primas abonadas, pero con las condiciones de admisión que se hubieran aplicado de haber conocido los padecimientos no indicados en la declaración de salud. Esta condición de admisión consistiría en el pago de una sobreprima adicional de 50% en las garantías para que el seguro contratado pudiera cubrir el riesgo de una persona que presentaba los padecimientos de hipertensión y epilepsia ahora conocidos".

Asimismo, en fecha 5 de mayo de 2015, la demandada aportó la propuesta de resolución frente a la reclamación efectuada por el actor. En ella se indica que: "Cuando la realidad es que, a fecha de contratación de seguro y según se desprende de la lectura de los informes médicos aportados, se pueden destacar antecedentes de hipertensión arterial y epilepsia, circunstancias que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora, hubiese supuesto la formalización del seguro con una sobreprima del 50% para ambas garantías". Y, en la misma aplica la regla de la equidad prevista en el artículo 10. 3 de la LCS.

El asegurado interpuso una demanda contra la aseguradora, en la que solicitaba que se la condenara al pago de 79.233,18 € (diferencia entre la cantidad ofertada y la suma garantizada), intereses y costas. Previa oposición de la parte demandada, el juzgado de primera instancia desestimó la demanda, al considerar que el actor incurrió en dolo o culpa grave al tiempo de suscribir el correspondiente seguro de vida con la demandada, y haber ocultado cuando se le presentó el cuestionario de salud padecer hipertensión y epilepsia, considerando ajustada a derecho la reducción efectuada por la demandada en cuanto a la cantidad reclamada de conformidad con lo prevenido en el artículo 10.3 de la Ley de Contrato de Seguro.

Frente a dicha sentencia, se interpone por el actor recurso de apelación, alegando que la regla de reducción proporcional aplicada por la apelada y prevista en el artículo 10.3 de la Ley de Contrato de Seguro, es únicamente de aplicación durante el primer año de vigencia del contrato, así como no ser de aplicación lo previsto en el artículo 89 de la citada Ley, al no concurrir dolo ni culpa grave, máxime cuando la propia parte



apelada con anterioridad al inicio del presente procedimiento reconoció que de haber tenido conocimiento de tales dolencias habría suscrito igualmente la póliza, si bien con un recargo, y que con anterioridad al procedimiento indemnizó al apelante en la cantidad de 105.044,79 euros.

En vista de lo anterior, el juzgador “ad quem”, considera que la demandada tuvo dos posibilidades al producirse el siniestro: o bien rescindir el contrato, o acomodar la prestación proporcionalmente entre la prima convenida y la que efectivamente hubiera aplicado de conocer la verdadera entidad del riesgo. En el presente caso, la parte demandada optó por esta segunda opción, y ello al amparo de lo dispuesto en el artículo 10.3 de la LCS, e indemnizó al actor en el importe de 105.044,79 euros y no por 184.277,97 euros, que era la suma garantizada inicialmente por la póliza.

Considerando lo anterior, la Audiencia Provincial concluye que: “no podemos compartir lo argumentado por la parte apelante en el sentido de que al haber transcurrido el plazo de un año desde la suscripción de la póliza, esta ha devenido indisputable para la parte demandada, pues necesariamente este plazo debe de venir condicionado al momento en que conoce las inexactitudes al tiempo de suscribirse el cuestionario de salud y que habrían influido en la determinación de la prima, momento en el que empiezan a operar las facultades descritas en el artículo 10 de la LCS: rescisión o acomodación de la prima”. Por todo ello, considera que la parte demandada actuó conforme a derecho, optando por una de las dos posibilidades que al efecto le concede el citado artículo, y que además, resultó beneficiosa para el actor, puesto que de haber optado por la rescisión de la póliza, no habría sido indemnizado en cantidad alguna.

En definitiva, además de confirmar las consideraciones de la sentencia de primera instancia, la resolución recurrida, estima que el plazo de un año previsto en el art. 89 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS) debía computarse desde que el asegurador tuvo noticia de las inexactitudes en la declaración del riesgo.

Frente a dicha resolución, el reclamante interpone recurso de casación que se fundamenta en la infracción del artículo 10 y 89 de la LCS, así

como en lo dispuesto en los artículos 3.1 y 7 del Código Civil.

3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

Mientras que con los dos primeros motivos del recurso de casación interpuesto por la parte actora, se denuncia la infracción del art. 10 de la LCS, relativo al deber de declaración del riesgo por el tomador del seguro, el tercero alude a la infracción del art. 7 CC, en relación con la doctrina de los actos propios, incidiendo en que las patologías no declaradas en el cuestionario de salud (hipertensión y epilepsia) no tuvieron relación de causalidad con la enfermedad causante de la incapacidad (cáncer de páncreas), por lo que no cabe considerar que el asegurado incurriera en dolo o culpa grave en su declaración del riesgo.

A su vez, los motivos cuarto y quinto de casación denuncian, respectivamente, la infracción del art. 89 de la LCS y 3.1 CC, en cuanto a la interpretación de la denominada regla de indisputabilidad de la póliza. Y como quiera que en un seguro de vida e invalidez, como es el caso, el art. 89 de la LCS constituye norma especial respecto del art. 10 de la LCS, sin perjuicio de su interrelación, la Sala considera más adecuado analizar primera y conjuntamente los motivos cuarto y quinto.

En lo que respecta a la primera cuestión planteada en el recurso, esto es, el deber de la declaración del riesgo, nos recuerda la sentencia recurrida que, según la jurisprudencia del Tribunal Supremo, dicho deber se traduce en una respuesta o deber de contestación a lo que pregunte el asegurador, y que para que exista incumplimiento de dicho deber, deben concurrir los siguientes requisitos: “(i) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; (ii) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; (iii) que el riesgo declarado sea distinto del real; (iv) 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; (v) que el dato sea desconocido para la aseguradora en



ese mismo momento; (vi) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto”.

Asimismo, nos recuerda la sentencia, que en lo que respecta a los seguros de personas, la declaración de salud no tiene que estar sujeta a una forma concreta, sino que lo determinante es el contenido material del cuestionario. Además, para que la ocultación por el tomador de las circunstancias relativas al riesgo conlleve la liberación del asegurador, es necesario que tales circunstancias sean causa directa del siniestro o, al menos, que guarden una cierta relación causa-efecto.

Sobre la base general expuesta, y en atención a la segunda cuestión planteada en el recurso de casación, esto es, la regla especial conocida como “cláusula de indisputabilidad”, el art. 89 de la LCS establece lo siguiente: «En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo».

Es decir, la cláusula de indisputabilidad está configurada legalmente como una especialidad

de los seguros de vida, y constituye una excepción a la facultad que el art. 10.2 de la LCS confiere al asegurador para rescindir unilateralmente el contrato en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud en la declaración del riesgo. En los seguros de vida esa facultad expira al año desde la celebración del contrato, aunque el asegurador no tenga conocimiento de tales ocultaciones o reticencias. Es decir, la especialidad de esta previsión legal es que una vez transcurrido el plazo del año (o el más breve que se pacte en el contrato), el asegurador carece de la facultad rescisoria, aunque se haya producido una declaración inexacta del riesgo, siempre y cuando no haya sido dolosa; momento a partir del cual el contrato de seguro de vida deviene irrevocable.

A este respecto, la sentencia analizada trae a colación, la sentencia 945/1989, de 15 de diciembre, en la cual, de manera incidental, parece que se consideró que el plazo de un año se cuenta desde que el asegurador tuvo conocimiento de la inexactitud de la declaración, pero dicho pronunciamiento, aparte de que no fue la razón decisoria del fallo, puesto que se calificó la ocultación como dolosa, no ha sido ratificado por ninguna otra sentencia de la Sala Primera de Tribunal Supremo. Al contrario, dados los términos literales del precepto -«desde la fecha de



su conclusión», debe considerarse que el plazo de un año ha de computarse desde la fecha de perfección del contrato, conforme a los arts. 5 y 6 de la propia LCS en relación con el art. 1.262 del CC, es decir, desde que las partes prestan su consentimiento y firman la póliza.

Esta postura fue ratificada por la sentencia 635/2007, de 11 de junio, con los siguientes argumentos:

“1) El artículo 89 de la LCS, cuando se refiere a la facultad del asegurador de «impugnar el contrato», no solamente engloba en su literalidad la facultad de «rescindir el contrato» a que se refiere el artículo 10.2 de la LCS, sino también la de reducir proporcionalmente la prestación, porque en otro caso se hubiera empleado expresamente una expresión que hiciera referencia directa a la rescisión.

2) Por impugnación del contrato debe entenderse no solamente el ejercicio de aquellas facultades encaminadas a dejarlo sin efecto mediante el ejercicio de acciones de nulidad o de rescisión, sino también aquellas que tienen por objeto reducir las prestaciones previstas en el mismo, es decir, aquellas mediante las cuales se persigue dejarlo parcialmente sin efecto en virtud de causas que abren el camino a su nulidad o rescisión parcial.

3) La facultad de reducción profesional que establece el artículo 10.3 de la LCS se presenta en este precepto como estrechamente ligada a la de rescindir el contrato que se reconoce en el artículo 10.2 de la LCS, pues aquella facultad se concede para el caso de que el siniestro sobrevenga antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.

4) La finalidad de certeza o seguridad jurídica que persigue el artículo 89 de la LCS no se lograría en el supuesto de que la aseguradora, transcurrido el plazo de caducidad fijado en el expresado precepto para la impugnación, pudiera dejar sustancialmente sin efecto el contrato invocando la omisión negligente en la declaración de un riesgo que pudiera determinar una reducción sustancial (que podría llegar a ser prácticamente total) de la prima convenida”.

En consecuencia, la sentencia concluye, que una vez transcurrido un año desde la perfección del contrato, el asegurador no podía aplicar el

art. 10 de la LCS para disminuir la prestación, al resultar aplicable la regla de indisputabilidad del art. 89 de la LCS, puesto que al no existir relación de causalidad entre las omisiones o inexactitudes del cuestionario de salud y la enfermedad en que se materializó el riesgo, se trataba de una falta de diligencia leve, en absoluto constitutiva de dolo, y ya habían transcurrido cinco años desde que se perfeccionó el contrato.

De esta forma, se estima el recurso de casación interpuesto por el actor, y entrando la Sala Primera a conocer del asunto, asume la instancia y estimando la demanda, condena a la aseguradora al pago de la cantidad de 79.233,18 euros, y al pago de los intereses del art. 20 LCS, puesto que la alegación de las enfermedades previas no declaradas no puede tener virtualidad a estos efectos si no tuvieron incidencia causal en el siniestro.

4.-LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 3.1 y 7 del Código Civil.

Artículos 10 y 89 de la LCS.

SSTS núm. 621/2018, de 8 de noviembre, núm. 157/2016, de 16 de marzo; núm. 726/2016, de 12 de diciembre; núm. 542/2017, de 4 de octubre; y núm. 687/2024, de 14 de mayo.

SSTS núm. 600/2006, de 1 junio; núm. 1242/2006, de 24 de noviembre; núm. 1052/2007, de 17 octubre; y núm. 912/2023, de 6 de junio.

STS núm. 945/1989, de 15 de diciembre.

STS núm. 635/2007, de 11 de junio.



CONCLUSIÓN:

Lo primero que llama la atención de este caso, es la postura mantenida por la aseguradora durante la tramitación del siniestro y en el procedimiento judicial. Pues tras tener conocimiento del grado de incapacidad absoluta concedida al asegurado, al ser diagnosticado de carcinoma de páncreas, la aseguradora abona parcialmente el siniestro, al aplicar la regla de la equidad prevista en el artículo 10 de la LCS, y ello, al tener conocimiento 5 años después de suscribir la póliza, que el asegurado ocultó en la declaración del riesgo enfermedades relevantes, aunque no relacionadas con la patología por la que se concede la incapacidad. En concreto, la aseguradora reconoce que la póliza se habría suscrito igualmente, de haber conocido la verdadera entidad del riesgo, si bien, con una sobreprima del 50%. O lo que es lo mismo, reconoce que el asegurado no actuó con dolo al ocultar ciertas dolencias, pues en tal caso, habría dado lugar a la resolución del contrato y a liberación de la aseguradora de realizar pago alguno.

Sin embargo, y a pesar de lo anterior, en el procedimiento judicial, la aseguradora -apartándose de dicha postura-, se opone a la demanda respecto del resto de capital asegurado, alegando que no procede aplicar el artículo 89 de la LCS por dos motivos, en primer lugar, porque sólo resulta de aplicación cuando el siniestro se produce transcurrido un año desde que la aseguradora tiene conocimiento de la inexactitud cometida por el asegurado en la declaración del riesgo, y en segundo lugar, que en cualquier caso procedería aplicar la excepción a dicha regla de indisputabilidad, que prevé que el asegurador tiene derecho a impugnar el contrato -incluso después de transcurrido el plazo del año previsto en el precepto-, cuando el asegurado haya actuado con dolo en la ocultación del riesgo.

Pero lo relevante de esta sentencia, es la interpretación y clarificación de la norma de indisputabilidad recogida en el artículo 89 de la LCS que realiza el Tribunal Supremo, así como la aplicación preferente de éste precepto sobre el artículo 10 del mismo texto legal, en materia de seguros de vida, al establecer tres conclusiones relevantes:

- a) Que una vez transcurrido un año desde la perfección del contrato -siendo irrelevante la fecha en la que la aseguradora ha tenido conocimiento de la inexactitud cometida en la declaración del riesgo-, el asegurador no puede aplicar el art. 10 de la LCS para disminuir la prestación, al resultar aplicable la regla de indisputabilidad del art. 89 de la LCS, por lo que en este caso, al haber transcurrido más de cinco años, no se puede impugnar la validez del contrato.
- b) Que no puede considerarse que el asegurado actuó con dolo en la declaración del riesgo, al no existir relación de causalidad entre las omisiones o inexactitudes del cuestionario de salud y la enfermedad en que se materializó el riesgo, tratándose en este caso de una falta de diligencia leve.
- c) Que la indisputabilidad del contrario no sólo afecta al ejercicio de aquellas facultades encaminadas a dejarlo sin efecto mediante el ejercicio de acciones de nulidad o de rescisión, sino también aquellas que tienen por objeto reducir las prestaciones previstas en el mismo, es decir, a la posibilidad de aplicar por la aseguradora la regla de la equidad y por tanto, de reducir parcialmente la indemnización.

