



Roj: **STS 301/2019** - ECLI: **ES:TS:2019:301**

Id Cendoj: **28079110012019100073**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **07/02/2019**

Nº de Recurso: **1396/2016**

Nº de Resolución: **81/2019**

Procedimiento: **Civil**

Ponente: **MARIA DE LOS ANGELES PARRA LUCAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP Z 545/2016,**
STS 301/2019

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 81/2019

Fecha de sentencia: 07/02/2019

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 1396/2016

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 29/01/2019

Ponente: Excm. Sra. D.^a M.^a Angeles Parra Lucan

Procedencia: AUDIENCIA PROVINCIAL DE ZARAGOZA. SECCIÓN 5.^a

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

Transcrito por: LEL

Nota:

CASACIÓN núm.: 1396/2016

Ponente: Excm. Sra. D.^a M.^a Angeles Parra Lucan

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

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 81/2019

Excmos. Sres. y Excm. Sra.

D. Francisco Marin Castan, presidente

D. Antonio Salas Carceller

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D. Eduardo Baena Ruiz



D.^a M.^a Angeles Parra Lucan

En Madrid, a 7 de febrero de 2019.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D. Roberto , representado por la procuradora D.^a Sonia Sesma Corchete bajo la dirección letrada de D. Andrés Jiménez Lenguas, contra la sentencia n.º 80 dictada en fecha 22 de febrero de 2016 por la Sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Zaragoza en el recurso de apelación n.º 541/2015 dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 37/2015 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Tarazona, sobre reclamación de prestaciones de seguro de vida. Ha sido parte recurrida la aseguradora Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por la procuradora D.^a Yolanda San Lorenzo Serna y bajo la dirección letrada de D. Alberto Delgado Molinos.

Ha sido ponente la Excm. Sra. D.^a M.^a Angeles Parra Lucan.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.- D. Roberto interpuso demanda de juicio ordinario contra la compañía Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros en la que solicitaba se dictara sentencia por la que:

"A) Se declare:

"i).- La obligación de Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros de hacer efectivo el pago de 115.080,32 € (ciento quince mil ochenta euros con treinta y dos céntimos) de principal, en tanto que capital pendiente de amortización del préstamo hipotecario a la fecha del siniestro.

"ii).- Se declare que dicho importe deberá abonarse: **a)**- Al demandante, D. Roberto las cantidades pagadas en concepto de amortización del préstamo hipotecario de referencia, desde la fecha de 1 de agosto de 2013 y hasta tanto siga pagando dichas cantidades en concepto de amortización, en tanto la aseguradora no haga efectivo el pago del préstamo hipotecario a Caja Rural de Aragón (actualmente Bantierra) - dicho importe a fecha de 29-12-2014 es de 3.118,16; **b)**- pagando el resto de capital pendiente a la fecha de la liquidación, a Bantierra. Reparto de cantidades a determinar en ejecución de sentencia.

"iii).- Se declare la obligación de Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros de hacer efectivo el pago de los intereses que viene pagando D. Roberto dentro de la cuota mensual de amortización del préstamo hipotecario descrito en el hecho quinto de la presente demanda, desde la fecha de 1 de agosto de 2013, y hasta tanto haga finalmente efectivo el pago del principal la aseguradora a la entidad de crédito, cuyo importe se determinará en ejecución de sentencia. Dicho importe a fecha de 29.12.2014 asciende a 4.469,02 €.

"iv).- Se declare la obligación de Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros de hacer efectivo el pago de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro calculados sobre las cantidades que viene pagando D. Roberto dentro de la cuota mensual de amortización del préstamo hipotecario descrito en el hecho quinto de la presente demanda, desde la fecha de 1 de agosto de 2013, y hasta tanto haga finalmente efectivo el pago del principal del préstamo hipotecario la aseguradora a la entidad de crédito, cuyo importe se determinará en ejecución de sentencia.

"B) Se condene a Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, a pagar:

"i).- Las cantidades referidas en las obligaciones anteriormente reseñadas.

"ii).- Los intereses referidos en las declaraciones anteriores, incluidos los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro .

"iii).- Las costas del presente procedimiento".

2.- La demanda fue presentada el 22 de enero de 2015 y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Tarazona y fue registrada con el n.º 37/2015 . Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.- La Aseguradora Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda con expresa condena en costas a la parte actora.

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, la Jueza Sustituta del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Tarazona dictó sentencia de fecha 7 de octubre de 2015 , con el siguiente fallo:

"ESTIMAR PARCIALMENTE la demanda interpuesta por la procuradora D.^a Sonia Sesma Corchete, actuando en nombre y representación de D. Roberto , CONDENANDO a Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, al pago



al actor el importe que ha venido pagando de amortización del préstamo hipotecario desde el 1 de agosto de 2013 hasta la ejecución de la sentencia, siendo a fecha de la presentación de la demanda la cantidad de 3.118,16 euros, y el resto hasta los 50.000 euros, en la cuenta de préstamo existente entre el actor y Caja Rural del Jalón (Bantierra), en virtud de la póliza de seguro obrante en las actuaciones. Se condena a Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros a abonar al actor los intereses establecidos en el artículo 20 de la Ley de Contratos de Seguros con respecto al capital que el actor ha amortizado desde la fecha del siniestro agosto de 2013 hasta la ejecución de la sentencia, sin expresa condena en costas".

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros.

2.- La resolución de este recurso correspondió a la Sección 5.ª de la Audiencia Provincial de Zaragoza, que lo tramitó con el número de rollo 541/2015 y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 22 de febrero de 2016, con el siguiente fallo:

"Que estimando en parte el recurso de apelación interpuesto por el procurador sr. Molinos Laita, en la representación que tiene acreditada, contra la sentencia dictada el pasado día veintinueve de septiembre de dos mil quince por la Sra. Juez del Juzgado de Primera Instancia de Tarazona (Zaragoza), cuya parte dispositiva ya ha sido transcrita, la revocamos con aquel carácter, y así estimamos en parte la demanda entablada por don Roberto contra la entidad mercantil "Rural vida, S.A., de Seguros y Reaseguros", condenamos a esta a pagar a aquel la suma que resulte de reducir proporcionalmente la prestación a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, que se determinará en fase de ejecución de esta sentencia, con los intereses procedentes desde la reclamación judicial, sin costas en ninguna de las dos instancias".

TERCERO .- *Interposición y tramitación del recurso de casación*

1.- D. Roberto interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

"Primero.- Interés casacional por oposición de la sentencia impugnada a doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo. Se alega interpretación errónea o, en su caso, aplicación indebida que la sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza realiza del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. Inexistencia de dolo o culpa grave por parte del asegurado. Inexistencia de cuestionario de salud, en los términos exigidos por el artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro.

"Segundo.- Interés casacional por oposición de la sentencia impugnada a doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo. Se alega falta de aplicación por parte de la sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza del artículo 89 de la Ley de Contrato de Seguro, en relación con el artículo 10.3 de la misma Ley. Inexistencia de dolo por parte del asegurado.

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 23 de mayo de 2018, cuya parte dispositiva es como sigue:

"Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Roberto contra la sentencia dictada, con fecha 22 de febrero de 2016, por la Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección 5.ª), en el rollo de apelación n.º 541/2015, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 37/2015 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Tarazona".

3.- Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición al recurso de casación, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4.- Por providencia de 3 de diciembre de 2018 se nombró ponente a la que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 29 de enero de 2019, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Antecedentes*

El presente litigio versa sobre la reclamación del tomador-asegurado contra su compañía de seguros tras habersele reconocido una invalidez permanente absoluta que se encontraba cubierta por el seguro de vida e



invalidez celebrado. La sentencia de primera instancia condenó a la aseguradora a pagar hasta el importe del capital asegurado. La sentencia de segunda instancia, objeto del presente recurso, condenó a la aseguradora a pagar la suma resultante de reducir proporcionalmente la prestación a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la entidad del riesgo, remitiéndose para su determinación a la fase de ejecución de sentencia. Recurre en casación el demandante, tomador del seguro.

Los antecedentes relevantes para la decisión del recurso son los siguientes:

1.- D. Roberto suscribió el 20 de agosto de 2008 un contrato de seguro con Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros por un importe de 50.000 euros que cubría los supuestos de fallecimiento e incapacidad absoluta y permanente.

Para el caso de producirse el siniestro se designó como beneficiaria a Caja Rural de Aragón S.C.C. (Cajalón, actualmente Bantierra) "por el importe de cualquier deuda contraída por el tomador y pendiente de liquidar en la fecha del siniestro". En la póliza se recogía la declaración de que "el tomador renuncia de manera expresa a la facultad de revocar la designación de la entidad financiera como beneficiario por la deuda pendiente de amortizar".

En el momento de concertar el seguro, D. Roberto tenía concedido un préstamo hipotecario por Cajalón (Bantierra) para la compra de su vivienda.

En la póliza constaba como "Declaración del asegurado", la siguiente: "El asegurado declara que 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...".

En el momento de concertar el seguro, D. Roberto se encontraba trabajando como guardia de seguridad en una empresa.

Según la documentación médica incorporada a las actuaciones, cuando suscribió el seguro, D. Roberto había sido tratado de epilepsia.

El 9 de julio de 2013 el INSS dictó resolución por la que reconoció a D. Roberto la situación de incapacidad permanente absoluta como consecuencia de la epilepsia farmacoresistente y la bradipsiquia padecidas.

D. Roberto se dirigió a la entidad Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros solicitando que amortizara el importe de 115.080,32 euros del préstamo hipotecario que estaba pendiente de pago.

La entidad aseguradora solicitó entonces los informes médicos y rechazó el pago alegando que el asegurado tenía antecedentes no declarados de las causas que motivaron el siniestro, de donde se deducía que ocultó datos conocidos y relevantes para la correcta valoración del riesgo.

2.- D. Roberto interpuso demanda de juicio ordinario contra la compañía Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros en la que solicitaba la condena a hacer efectivo el pago de 115.080,32 €, importe pendiente de amortización del préstamo hipotecario a la fecha del siniestro.

En su contestación a la demanda la demandada opuso: que el demandante no estaba legitimado, por no ser beneficiario del seguro, que no existía vinculación entre el contrato de seguro y el préstamo, que el demandante había ocultado datos sobre su enfermedad, que la situación de incapacidad reconocida por el INSS, de acuerdo con las condiciones particulares del seguro no estaba cubierta, y que existía pluspetición.

3.- El juzgado, con cita de la doctrina de esta sala, tras rechazar la excepción de falta de legitimación, razonó: que el "cuestionario de salud" lo rellenó un empleado de Caja Rural del Jalón y que se limitaba a una declaración de capacidad para trabajar; que si se llegaron a formular preguntas sobre su estado de salud y su capacidad para trabajar, tales preguntas eran subjetivas, pues el actor se encontraba desempeñando en ese momento funciones de vigilante de seguridad para una empresa; debido a que no consta qué preguntas se le hicieron, no podía apreciarse dolo o culpa del demandante.

En consecuencia, estimó parcialmente la demanda y condenó a la demandada al pago al actor del importe de amortización del préstamo hipotecario que había satisfecho desde el 1 de agosto de 2013 hasta la ejecución de la sentencia y el resto hasta los 50.000 euros en la cuenta de préstamo existente entre el actor y Caja Rural del Jalón (Bantierra).

En cuanto a los intereses, explicó el juzgado en su fundamento octavo que: "[E]l actor solicita los intereses que ha abonado en el préstamo hipotecario y los intereses del artículo 20 de la ley de contratos de seguros, dada cuenta que la estimación de la demanda ha sido parcial, no ha lugar a que la parte demandada abone los intereses que ha sufragado el actor ya que no se va a amortizar el préstamo en su totalidad y aún en el



supuesto de que la aseguradora hubiera amortizado el préstamo en 50.000 euros, la cantidad restante seguiría generando intereses, ello no es óbice para que se estimen los intereses del artículo 20 de la Ley de Contratos de Seguros con respecto al capital que el actor ha amortizado desde la fecha del siniestro agosto de 2013, ya que el actor se ha visto obligado a abonar estas cantidades, teniendo en consideración que si la aseguradora hubiera atendido a las pretensiones del actor, las cantidades que tuviera obligación de abonar se hubieran aminorado".

4.- La aseguradora demandada interpuso recurso de apelación basado, en síntesis, en los siguientes motivos: que el actor había firmado la declaración, por lo que era irrelevante quién la rellenara; que debían aplicarse las consecuencias liberatorias del tercer párrafo del art. 10 LCS porque el actor incurrió en dolo, ocultando la patología previa causante de la discapacidad; que la patología no estaba cubierta por la póliza, que solo cubría la incapacidad procedente de una enfermedad física. Solicitó que, en cualquier caso, no se le impusieran los intereses del art. 20 LCS, por considerar que se trataba de una cuestión discutible que debía ser fijada judicialmente.

La Audiencia declaró estimar en parte el recurso de apelación de la demandada y le condenó a pagar la suma resultante de reducir proporcionalmente la prestación a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, lo que debía determinarse en fase de ejecución de la sentencia.

Razonó la Audiencia:

"i) El actor, obvia y necesariamente, tenía que conocer la enfermedad grave que padecía al tiempo de suscribir la póliza de seguro, y ello principalmente por dos motivos: primero, porque se trataba de una enfermedad grave, con múltiples episodios que se manifestaban cada vez con mayor intensidad; y segundo, y quizá aun con más razón, porque el padecimiento de la enfermedad se remontaba a la infancia del actor, cuando tenía ocho años, y por tanto, aunando los dos motivos, tuvo que constituir un hito muy importante en el curso de su existencia. Lo anterior quiere decir que, en principio, el actor no cumplió con la obligación esencial que le impone el principio de buena fe contractual, que preside la celebración de este contrato, al no hacer referencia a la enfermedad que padecía y si lo hubiera hecho las consecuencias indemnizatorias hubieran sido otras.

"ii) [...] El contrato de seguro constituye, desde la perspectiva que se estudia, un deber de respuesta al cuestionario presentado por la aseguradora, pues a esta parte corresponde la obligación de formular unas preguntas claras y definitivas sobre el estado de salud del asegurado suficientemente detalladas y minuciosas de modo tal que le permita conocer las enfermedades que padezca y consiguiente posibilidad de que sobrevenga el riesgo asegurado, calculando la prima que haya de satisfacerse conforme a las respuestas dadas a ese cuestionario previo que se haya formulado, no siendo el asegurado quien deba manifestar "motu proprio" las dolencias que tenga sino sólo a instancia de la aseguradora.

"No cumplió la aseguradora demandada con esta obligación, pues no presentó ese formulario con el contenido preciso, formulando por el contrario unas preguntas de contenido vago e indeterminado, no en escrito confeccionado al efecto sino en el propio de proposición del escrito, como por ejemplo es aquella sobre "Goza de buena salud", que admite varias respuestas, conforme a la interpretación que haya de darse a la frase, que es de significado amplio según la finalidad que pueda perseguirse.

"iii) De esta manera, relacionando lo razonado en los dos fundamentos inmediatos anteriores, resulta de obligada aplicación al supuesto lo dispuesto en el art. 10.3 LCS cuando dice: "Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo...", y a través de esta norma se calculará el importe de la indemnización que haya de satisfacerse al actor, que se efectuará en trámite de ejecución de esta sentencia, conforme a la disposición contenida en el art. 219 LEC.

"iv) Atendiendo a las circunstancias del hecho, como han quedado reflejadas en los anteriores razonamientos, no procederá imponer el pago de los intereses del art. 20 LCS, devengando solo los regulados en los arts. 1101 y 1108 CC y, en su caso, art. 576 LEC".

5.- El demandante interpone recurso de casación al amparo del art. 477.2.3.º LEC y fundado en dos motivos.

SEGUNDO.- *Motivos y razones del recurso de casación*

1.- El primer motivo denuncia infracción del art. 10 LCS y justifica el interés casacional en la oposición de la sentencia impugnada a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo. En su desarrollo, el demandante ahora recurrente explica que no hubo propiamente un cuestionario sino que en el mismo contrato de seguro, rellenado mecánicamente por la propia entidad, se dice que el asegurado declara que tiene plena capacidad



para trabajar, goza de buena salud o no ha padecido enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrina -diabetes-), sin que se le preguntara nada sobre epilepsia. Razona que es la entidad la que debe soportar las consecuencias de no haber presentado un cuestionario y que el demandante no ocultó datos ni actuó dolosamente. Defiende que es de plena aplicación lo dispuesto en las sentencias de 4 de abril de 2007 y 2 de octubre de 2006 sobre que "el deber impuesto al tomador del seguro de contestar verazmente al cuestionario que se le someta, declarando todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo (art. 10 LCS), exige, a su vez, que por el asegurador se haya presentado a aquél el correspondiente cuestionario".

El segundo motivo del recurso denuncia infracción del art. 89 LCS en relación con el art. 10.3 de la misma Ley y justifica el interés casacional por oposición de la sentencia impugnada a doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo. En su desarrollo el recurrente invoca la existencia de interés casacional por oposición a la doctrina contenida en las sentencias de 11 de junio de 2007 y 30 de septiembre de 1996 . Argumenta que se infringe el art. 89 LCS , ya que transcurrido un año desde la perfección del contrato no cabe aplicar el art. 10 LCS .

El recurrente solicita que se case la sentencia de la Audiencia y se confirme la de primera instancia.

2.- En su escrito de oposición la demandada recurrida solicita que se desestime el recurso y se confirme la sentencia de la Audiencia.

TERCERO.- *Decisión de la sala. Estimación del recurso*

1.- Para la decisión del recurso debe tomarse como punto de partida la jurisprudencia de esta sala relativa al art. 10 LCS cuya aplicación, como recuerda la sentencia 323/2018, de 30 de mayo, ha llevado a la sala a distintas soluciones justificadas por las diferencias de contenido de la declaración cuestionario. Esta jurisprudencia viene reiterando que lo que la sala debe examinar es si el tipo de preguntas que se formularon al tomador eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud que él conociera o no pudiera desconocer se referían, es decir, si las preguntas que se le hicieron le permitieron ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.

La sentencia 726/2016, de 12 de diciembre - citada por las más recientes 222/2017, de 5 de abril , 542/2017, de 4 de octubre , y 323/2018 de 30 de mayo , y 621/2018, de 8 noviembre - sintetiza la doctrina sobre el deber de declaración del riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto. Esta interpretación quedó reforzada por el último inciso añadido al primer párrafo de la redacción original del art. 10 LCS en el que se establece que el tomador queda exonerado de su deber de declaración "si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él".

En el presente caso la sentencia recurrida declara que la aseguradora incumplió su obligación de formular preguntas claras y definitivas sobre la salud del asegurado que le hubieran permitido conocer el riesgo asumido y niega que el asegurado deba manifestar por propia iniciativa las dolencias que padezca. Sin embargo, razona que debe aplicarse el párrafo tercero del art. 10 LCS porque el asegurado conocía la enfermedad que padecía al tiempo de suscribir la póliza y no lo manifestó. De esta forma, la Audiencia ordena la reducción de la prestación de la aseguradora de forma proporcional a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. La Audiencia remite a la ejecución de sentencia la determinación de la cuantía indemnizable con arreglo a ese criterio genérico que establece la ley, y sobre cuya concreción en el caso concreto no se ha debatido en el pleito, puesto que ninguna de las partes había ejercitado tal pretensión.

Este modo de razonar de la Audiencia no es correcto. No solo porque la aplicación de la reducción no procede automáticamente cuando nadie la ha pedido (tal y como explicaron las sentencias 456/2004, de 7 de junio , y 623/2005, de 15 julio , cuya doctrina ha sido recordada, entre otras sentencias posteriores, por las sentencias 676/2014, de 4 de diciembre , y 222/2017, de 5 de abril), sino también porque la infracción del deber de exactitud en la respuesta al cuestionario no puede ser ajena al conocimiento por el tomador de la relevancia de las circunstancias sobre las que debe declarar. El que el tomador tuviera conocimiento de sus episodios de epilepsia y no informara de ello al contratar el seguro es un dato fáctico del que no resulta reticencia alguna. En la instancia no ha quedado acreditado que se hicieran al tomador preguntas ni, por tanto, le es imputable a él la falta de mención de sus episodios. La propuesta de seguro que firma tan solo incluye una declaración estereotipada sobre su capacidad para trabajar y una declaración genérica sobre su buena salud: por lo que se refiere a la primera, es relevante que el tomador del seguro se encontrara trabajando y, de hecho, la declaración de incapacidad tuvo lugar cinco años más tarde; por lo que se refiere a la declaración de salud, en la fórmula utilizada por la aseguradora aparece vinculada exclusivamente a enfermedades físicas que el tomador no padecía. No hay por tanto elementos de juicio que permitieran al actor conocer que debía informar de algo



sobre lo que no se le preguntaba. En consecuencia, producido el siniestro, la aseguradora no puede ampararse para no cumplir íntegramente la prestación que le incumbe en una inexacta apreciación del riesgo, puesto que sería consecuencia de su propia falta de diligencia en la contratación del seguro.

2.- Procede, en consecuencia, estimar el primer motivo del recurso de casación, casar la sentencia recurrida y confirmar íntegramente la del juzgado, incluida la condena al pago de los intereses respecto al capital que el actor había amortizado desde la fecha del siniestro por las razones explicadas en el fundamento octavo de la sentencia del juzgado y recogidas en el primer fundamento de esta sentencia.

Aunque en su contestación a la demanda y en la apelación la aseguradora alegó que la necesidad de acudir a la vía judicial determinaba la improcedencia del recargo, es doctrina de esta sala la de que la mora del asegurador no desaparece automáticamente por el hecho de que exista un proceso o deba acudir al mismo, sino únicamente cuando se hace necesario acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar, esto es, cuando la resolución judicial es imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura, siempre que la discusión no sea consecuencia de la oscuridad de las cláusulas imputable a la aseguradora (entre las más recientes, sentencias 562/2018, de 10 de octubre, 143/2018, de 14 de marzo, 26/2018, de 18 de enero, y 73/2017, de 8 de febrero).

En el caso, la realidad del siniestro (la declaración de invalidez) fue afirmada en primera instancia, frente a la alegación de la demandada de que la situación de incapacidad no era irreversible y no estaba cubierta por la póliza; también rechazó la sentencia de primera instancia que hubiera quedado acreditado que las condiciones particulares presentadas por la aseguradora -y de las que resultaría que solo quedaba cubierta la incapacidad identificada con la situación física determinante de la total ineptitud para trabajar- hubieran sido entregadas al demandante, por lo que la incapacidad permanente absoluta declarada quedaba cubierta por los propios términos de la póliza. Dando por bueno estos razonamientos del juzgado, la Audiencia centró su análisis en el deber de declaración de riesgos y en el incumplimiento por la aseguradora de la carga de formular preguntas claras y definitivas, sin que la demandada haya impugnado los pronunciamientos relativos a la existencia de cobertura, y lo que pide es la confirmación de la sentencia recurrida. En definitiva, no se han suscitado dudas razonables en cuanto a la realidad del siniestro ni su cobertura.

3.- Puesto que con la estimación del primer motivo se estima la demanda, resulta innecesario analizar el segundo motivo del recurso de casación formulado por el demandante.

CUARTO.- Costas

La estimación del recurso de casación comporta que se impongan a la parte recurrente las costas ocasionadas por el mismo (art. 398.2 LEC).

Procede imponer las costas de la apelación a la parte demandada porque su recurso debió ser desestimado (art. 398.1 LEC).

La confirmación de la sentencia del juzgado comprende la no condena en costas, ya que la estimación de la demanda fue parcial (art. 394.2 LEC).

FALLO

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

1.º- Estimar el recurso de casación interpuesto por D. Roberto contra la sentencia dictada, con fecha 22 de febrero de 2016, por la Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección 5.ª), en el rollo de apelación n.º 541/2015, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 37/2015 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Tarazona

2.º- Casar la expresada sentencia, que declaramos sin valor ni efecto alguno. En su lugar, desestimar el recurso de apelación interpuesto por Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros contra la sentencia 95/2015, de 7 de octubre, dictada por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 1 de Tarazona .

3.º- Imponer a Rural Vida S.A. de Seguros y Reaseguros las costas del recurso de apelación.

4.º- No haber lugar a la imposición de las costas causadas por el recurso de casación ni las de primera instancia.

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.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ