

## ...en materia de seguros

**SEGURO DE VIDA VINCULADO A HIPOTECA. NO SE CONSIDERA VÁLIDO EL CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO CON LAS RESPUESTAS DADAS AL AGENTE POR LA ESPOSA EL ASEGURADO, AUNQUE FUERA RATIFICADO POR EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO.**

Sentencia de 14 de noviembre de 2023 de la Sala Primera del Tribunal Supremo.

Ponente: Francisco Marín Castán.

**Javier López García  
de la Serrana**

Abogado – Doctor en  
Derecho Director de  
HispaColex

### 1.- INTRODUCCIÓN

El presente litigio versa sobre la reclamación de la viuda del asegurado fallecido contra la aseguradora y el banco prestamista, pidiendo el cumplimiento del contrato de seguro de vida suscrito en su día por el esposo, vinculado a un préstamo hipotecario. La controversia en casación se centra en determinar si el asegurado infringió o no su deber de declarar el riesgo, cuando contestó negativamente a la pregunta de si había realizado algún tratamiento médico de más de siete días de duración en los últimos cinco años, o si había padecido enfermedades relacionadas con el sistema nervioso, dándose la circunstancia de que el asegurado finalmente falleció por causa de una depresión.

Asimismo, concurre el hecho de que el cuestionario de salud fue respondido por el agente de seguros mediante las respuestas dadas por la esposa del asegurado, y ratificado posteriormente por el mismo en su domicilio a los tres días, una vez recibida la documentación relativa al contrato, y tras la entrada en vigor de la póliza.

### 2.- SUPUESTO DE HECHO

El 7 de febrero de 2006 se suscribió por el asegurado una póliza de seguros anual renovable, la cual cubría entre otros riesgos, el de fallecimiento del asegurado por cualquier causa con un "capital básico" constante de 90.000 euros y "los gastos de sepelio, según factura", con un máximo de 2.250 euros. El seguro estaba vinculado a un contrato de préstamo suscrito por el asegurado y su esposa, novado el 25 de mayo de 2005 para ampliar el capital del préstamo, que quedó establecido en la cantidad de 103.420,29 euros. En el citado documento de condiciones generales y particulares se incluyó una declaración de salud mecanografiada, que es reproducción casi literal de la que aparece en el documento de solicitud de seguro, la cual fue cumplimentada de su puño y letra por el mediador de la compañía con las respuestas dadas por la esposa del asegurado, que el asegurado firmó tres días después (10 de febrero de 2006) tras tener la documentación contractual a su disposición en su domicilio.

De las respuestas facilitadas por la esposa sobre los antecedentes de salud de su esposo asegurado, interesa destacar las que negaban haber realizado algún tratamiento médico de más de siete días de duración en los últimos cinco años y padecer o haber padecido enfermedades relacionadas, entre otras, con: "2. Sistema nervioso (Neuralgias, vértigo, epilepsia, depresiones, etc)". Si bien, consta acreditado, en virtud de los antecedentes personales del asegurado, que en 2003 había sufrido un episodio depresivo que fue tratado con fármacos durante tres o cuatro semanas, y con posterioridad a la firma de la póliza el asegurado sufrió una nueva patología depresiva con ansiedad (entre noviembre de 2009 y noviembre de 2010), por la que causó baja laboral.

El asegurado falleció el 26 de junio de 2015 por violencia suicida, siendo la causa directa de su muerte una herida por arma de fuego que le afectó a órganos vitales. Comunicado el siniestro a la aseguradora, ésta lo rechazó por escrito de 5 de noviembre de 2015 al considerar, en síntesis, que de toda la documentación médica aportada resultaba que el fallecimiento traía causa directa de patologías o problemas de salud preexistentes a la firma del contrato y que el asegurado les había ocultado.

Intentada la conciliación, el acto se celebró el 16 de diciembre de 2015 y concluyó sin avenencia, por lo que a finales de marzo de 2016 la esposa del fallecido promovió el presente litigio contra la aseguradora y contra el banco reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, que se condenara a la aseguradora a abonar al banco el capital asegurado (90.000 euros) más los intereses del art. 20 de la LCS desde el día de fallecimiento del asegurado, a fin de amortizar el préstamo -atendiendo a la deuda pendiente a 26 de junio de 2015-, y a satisfacer a la demandante el remanente (diferencia entre dicho capital y la cantidad del préstamo pendiente de amortizar), más la cantidad de 2.250 euros por gastos de sepelio. Asimismo, y respecto al banco, solicitaba que se le condenara a pagar el 50% del importe de las cuotas del préstamo que la demandante había seguido abonando desde dicho fallecimiento, con los intereses devengados desde la fecha de cada pago.

La aseguradora se opuso a la demanda alegando, en síntesis:

(i) que la demandante carecía de legitimación activa, pues esta correspondía al banco prestamista designado como primer beneficiario; y

(ii) que en todo caso el asegurado había infringido el art. 10 de la LCS al ocultar dolosamente a la aseguradora información conocida y relevante sobre su estado de salud, en concreto, que antes de suscribir la póliza había sido sometido a tratamiento farmacológico por patología depresiva, por la que fue preguntado mediante un cuestionario cumplimentado y firmado por el asegurado de su puño y letra, y que además estaba directamente relacionada con la causa de su muerte.

El banco también se opuso a la demanda alegando que ninguna responsabilidad tenía derivada del contrato de seguro litigioso, pues la aseguradora y el banco eran entidades independientes, no pertenecientes al mismo grupo económico o empresarial.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda y condenó en costas a la demandante, pues consideró en cuanto al fondo, que el asegurado había ocultado a la compañía antecedentes de salud relevantes por los que fue preguntado, pues negó haber recibido tratamiento médico durante más de siete días y haber padecido enfermedades relacionadas con el sistema nervioso como "depresiones", a pesar de que la documentación médica acreditaba que había sufrido un episodio depresivo en 2003 por el que estuvo con tratamiento farmacológico durante tres o cuatro semanas. Asimismo, considera el Juzgador "a quo", que dicha ocultación podría calificarse como mínimo de una ocultación por culpa grave, ya que el asegurado "no podía ignorar el episodio depresivo que padeció y la duración de su tratamiento". Por otro lado, estimó que las circunstancias en que fue cumplimentado el cuestionario no eran óbice para apreciar la vulneración del art. 10 de la LCS por parte de la aseguradora, pues aunque fue rellenado por el agente mediador con las respuestas que le facilitó la esposa del asegurado, sin estar este presente, sin embargo la esposa se llevó luego la documentación a su casa, donde el asegurado pudo revisarla y firmarla "con plena consciencia y conocimiento".

Contra dicha sentencia interpuso recurso de apelación la demandante, argumentando que la declaración de salud fue rellena por el agente, pues el asegurado no fue interrogado ni recibió explicación alguna sobre la declaración de salud y su importancia, lo que equivalía a una falta de presentación del cuestionario, cuyas consecuencias debía soportar únicamente la aseguradora; y que además el cuestionario/declaración no era claro, evidente o completo, sino excesivamente ambiguo o genérico, con un tamaño de letra tan pequeño que era necesaria una lupa para su lectura. Por tanto, defienden que en todo caso el asegurado no faltó a la verdad cuando negó haber sufrido depresión y haberse sometido a tratamiento, ya que "un episodio depresivo no significa haber sufrido depresión" y por dicho episodio depresivo de 2003 no fue tratado médicamente por un especialista, sino que el paciente se automedicó, además de que dicho problema de salud fue puntual, no conllevando baja laboral y no teniendo relación causal con la causa de su fallecimiento.

La sentencia de segunda instancia, desestimando el recurso de apelación de la demandante, confirmó íntegramente la sentencia apelada con imposición de costas a la apelante. Sus razones son, en síntesis, que había habido ocultación por parte del asegurado, al no haber informado sobre el tratamiento farmacológico antidepresivo prescrito por facultativo, y que dicha patología, había sido la que finalmente llevó al asegurado al suicidio. Asimismo, consideró que la compañía presentó un cuestionario válido al ser irrelevante tanto que fuera relleno por el agente mediador con las respuestas que le facilitó la esposa del asegurado, como que el cuestionario llevara una fecha posterior a la fecha de la póliza, por ser algo frecuente en la comercialización de los seguros. Por último, alegan que el asegurado incurrió en dolo (vistos los antecedentes por depresión de su abuelo) o, cuando menos, en culpa grave al ocultar aquellos datos sobre su salud, lo que justifica la exoneración de la compañía conforme a los arts. 10 y 11 de la LCS

Frente a la sentencia de segunda instancia la demandante-apelante interpuso recurso de casación, por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala,

fundado en la infracción del artículo 10 de la LCS, y la jurisprudencia que lo interpreta.

### 3.- ARGUMENTACIÓN JURÍDICA

En lo que respecta al primer motivo del recurso se alega por el recurrente, en resumen, que no es eficaz una declaración de salud que, según los hechos probados, fue cumplimentada por un agente de la compañía sin estar presente el tomador/asegurado, y ello, en virtud de las sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo, de 10 de Octubre de 2018, de 4 de Diciembre de 2014 y de 4 de Abril de 2007. A este motivo, se opone la aseguradora, entendiéndolo que lo relevante es que el cuestionario, independientemente de quien lo rellene materialmente, sea cumplimentado con la información relevante sobre los antecedentes de salud dada por el asegurado, y en este caso, aun cuando fuera su esposa la que respondiera a las preguntas formuladas por el agente, el asegurado tuvo luego el cuestionario a su disposición en su domicilio antes de firmarlo.

En este sentido, el motivo segundo se funda en infracción de los arts. 10 y 11 de la LCS y de las sentencias del Tribunal Supremo de 21 de enero de 2019, de 30 de mayo de 2018, de 2 de octubre de 2016 y de 5 de abril de 2017, sobre los requisitos que han de concurrir para que el cuestionario de salud pueda considerarse materialmente válido, y lo que se alega, en síntesis, es que el cuestionario no contenía pregunta específica acerca de la depresión, sino preguntas genéricas sobre enfermedades, una de las cuales (y en caracteres muy pequeños, que hacía que pasase desapercibida) aludía a enfermedades relacionadas con el sistema nervioso, entre las que se incluían las depresiones (cuando cualquier persona entendería que la depresión es una enfermedad mental o psíquica). De esta forma, el asegurado no podía saber que se le estaba preguntado sobre sus antecedentes por depresión ni sobre el tratamiento de esta patología. Se opone la aseguradora a este motivo, al entender que el tomador-asegurado ocultó a sabiendas la patología (depresión) y su tratamiento, por los que fue expresamente preguntado, al contestar negativamente a las preguntas atinentes al respecto (lo suficientemente claras como para no dejar lugar

a dudas acerca de los antecedentes de salud a que se referían).

A través del tercer motivo, se alega que la sentencia recurrida omite pronunciarse sobre un dato fundamental y crucial como es que la póliza entró en vigor antes de la realización del cuestionario, cuando el art. 10 de la LCS obliga a declarar el riesgo antes de la conclusión del seguro, no pudiendo cumplimentarse el cuestionario después de que la póliza entrara en vigor, como fue el caso. Si bien, la aseguradora se opone alegando la inadmisibilidad del motivo, por no acreditarse el interés casacional y por plantear una cuestión nueva.

Por último, el cuarto motivo se funda en infracción del art. 10.2 y 3 de la LCS y de las sentencias del Alto Tribunal de 4 de diciembre de 2014, de 7 de diciembre de 2004, de 21 de abril de 2004 y de 31 de mayo de 1997, fragmentándose por el recurrente, que el asegurado no ocultó en ningún momento su depresión ni que hubiera recibido tratamiento médico por dicha patología, sencillamente porque no es cierto que padeciera dicha enfermedad ni que fuera tratado, ya que solo estuvo unas semanas con el ánimo decaído, en las que acudió a la farmacia a por medicamentos, sin que tuviera que acudir a un especialista para que le pautara tratamiento médico.

Respecto a este último motivo, se opone la aseguradora al considerar que debe ser desestimado porque la sentencia recurrida sigue correctamente el criterio de la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, careciendo por el contrario de sustento fáctico las alegaciones de la recurrente sobre la falta de consciencia del asegurado de su enfermedad y tratamiento, pues los antecedentes por depresión fechados en 2003 por los que fue tratado farmacológicamente (lo que implica que tuvo que estar bajo tratamiento médico ya que los antidepresivos no se expenden sin receta médica) persistieron según el informe de 2009 y le obligaron a seguir bajo control médico y a continuar medicándose hasta que se suicidó, siendo todas las preguntas que se le formularon lo suficientemente claras para que pudiera representarse los antecedentes por los que se le preguntaba, e incurriendo por tanto en ocultación dolosa o, cuando menos, culpa grave.

Desestimados los motivos de inadmisibilidad alegados por la aseguradora, y entrando a conocer

sobre el fondo del asunto, para lo cual la sentencia realiza un repaso sobre la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo sobre el artículo 10 de la LCS, de la que se desprenden los siguientes criterios:

1.º) La cumplimentación del cuestionario de salud para la valoración del riesgo es un acto personalísimo del asegurado, de modo que la inobservancia de este requisito excluye el dolo o la culpa grave del asegurado. Así resulta de la sentencia 681/2023, de 8 de mayo, que reitera el criterio de la sentencia 273/2018, de 10 de mayo, para casos de cumplimentación del cuestionario de salud por persona distinta del asegurado.

2.º) De ahí que para la jurisprudencia lo determinante para la validez formal del cuestionario no sea quien materialmente marque las respuestas en el documento formulario, sino que no se haya prescindido de las respuestas dadas por el asegurado; y de ahí, que se descarte la infracción del deber de declarar el riesgo cuando, por la forma en que se cumplimentó el cuestionario, pueda concluirse que el asegurado no fue directa y personalmente preguntado por esa información relevante.

3.º) En cuanto al dolo o culpa grave, como precisó la sentencia del Tribunal Supremo núm. 333/2020, de 22 de junio, y que desde entonces viene reiterando la jurisprudencia de la Sala Primera, lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado, sino el dolo o la culpa grave, es decir, "la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad".

4.º) En relación con la jurisprudencia sobre antecedentes de salud por patologías de tipo depresivo:

- Por un lado, las sentencias núm. 67/2014, de 14 de febrero (sobre un cuestionario similar al de este litigio), y la núm. 72/2016, ya citada, apreciaron dolo del asegurado por haber sido éste quien respondió al cuestionario y ocultó a sabiendas sus antecedentes por depresión y sus correspondientes tratamientos, relacionados con las preguntas formuladas en los cuestionarios y que debía percibir como objetivamente influyentes para valorar el riesgo.

-Por el contrario, la sentencia 333/2020, de 22 de junio, descartó que el asegurado hubiera

incurrido en dolo o culpa grave, razonando, que la falta de un diagnóstico concreto a la fecha de celebración del contrato, sumada a que tampoco constaba que siguiera tratamiento o estuviera bajo seguimiento facultativo con anterioridad, permitía concluir que "el asegurado no pudo representarse unos síntomas tan inespecíficos, ligados a un episodio concreto de ansiedad y depresión en un contexto de problemas laborales y familiares graves, como antecedentes médicos o problemas de salud que pudieran tener alguna influencia en el riesgo que pretendía asegurar".

Partiendo de la aplicación de la anterior doctrina, considera la sentencia como hecho probado que el cuestionario fue cumplimentado por el agente con las respuestas que facilitó la esposa del asegurado, o, lo que es lo mismo, que no fue el asegurado quien contestó a las preguntas del agente, ya que no estuvo presente cuando se cumplimentó el cuestionario ni el agente llegó a hablar con él. Por tanto, entiende la sentencia que la compañía debe soportar las consecuencias de haber convertido su deber de presentar al asegurado/tomador un verdadero cuestionario en un mero formalismo, sin que para ello sea óbice que el asegurado pudiera examinar la documentación contractual a posteriori en su domicilio antes de firmarla.

A lo anterior se une la falta de idoneidad del cuestionario, pues la única pregunta susceptible de poder asociarse al episodio depresivo de 2003, no puede considerarse objetivamente conducente a que el asegurado pudiera representarse qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se refería la compañía, pues no se trataba de un diagnóstico de depresión con un seguimiento médico y tratamiento continuado. En primer lugar, por el modo en que dicha pregunta se incorporó al documento (con un tamaño de letra minúsculo, que casi imposibilitaba su lectura y advertir que se le estaba preguntando por una patología depresiva); y en segundo lugar, por la ambigüedad de su formulación, al referirse a las "depresiones" dentro de las afecciones del sistema nervioso cuando comúnmente, sin conocimientos médicos, son entendidas como un tipo de patología, trastorno o enfermedad que fundamentalmente afecta a

la salud mental y que nada o poco tiene que ver con las restantes patologías -neuralgias, vértigo, epilepsia- también mencionadas en el enunciado de la misma pregunta.

De ahí que, a diferencia de los casos de las sentencias núm. 67/2014 y 72/2016 y 333/2020 del Tribunal Supremo, no sea posible suplir las consecuencias que derivan de la generalidad del cuestionario, acudiendo a la existencia de elementos significativos que el asegurado tuviera necesariamente que representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo, y en consecuencia, procede el Alto Tribunal a estimar el recurso de casación, casar la sentencia recurrida y, en funciones de instancia, resolver el recurso de apelación de la parte demandante.

De esta forma, se estima la demanda frente a la aseguradora, condenando a abonar la cantidad reclamada por importe de 90.000 euros más los intereses del art. 20 LCS porque, conforme a lo ya razonado acerca de la cumplimentación del cuestionario y del contenido de éste, el rechazo del siniestro no estuvo justificado; y la base de cálculo incluirá también los gastos de sepelio, pese a la omisión de la demanda en este punto (regla 4.ª de dicho artículo). En cambio, entiende la sentencia que no procede estimar las pretensiones de la demandante contra el banco porque no le era exigible dejar de cobrar las cuotas del préstamo hipotecario, en tanto la efectividad del seguro estuviera en cuestión por el rechazo de la aseguradora; y porque las razones de este rechazo -el dolo o culpa grave del asegurado en relación con el cuestionario- eran por completo ajenas al banco.

#### 4.-LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA CITADAS

Artículos 10 y 11 de la Ley de Contrato de Seguro.

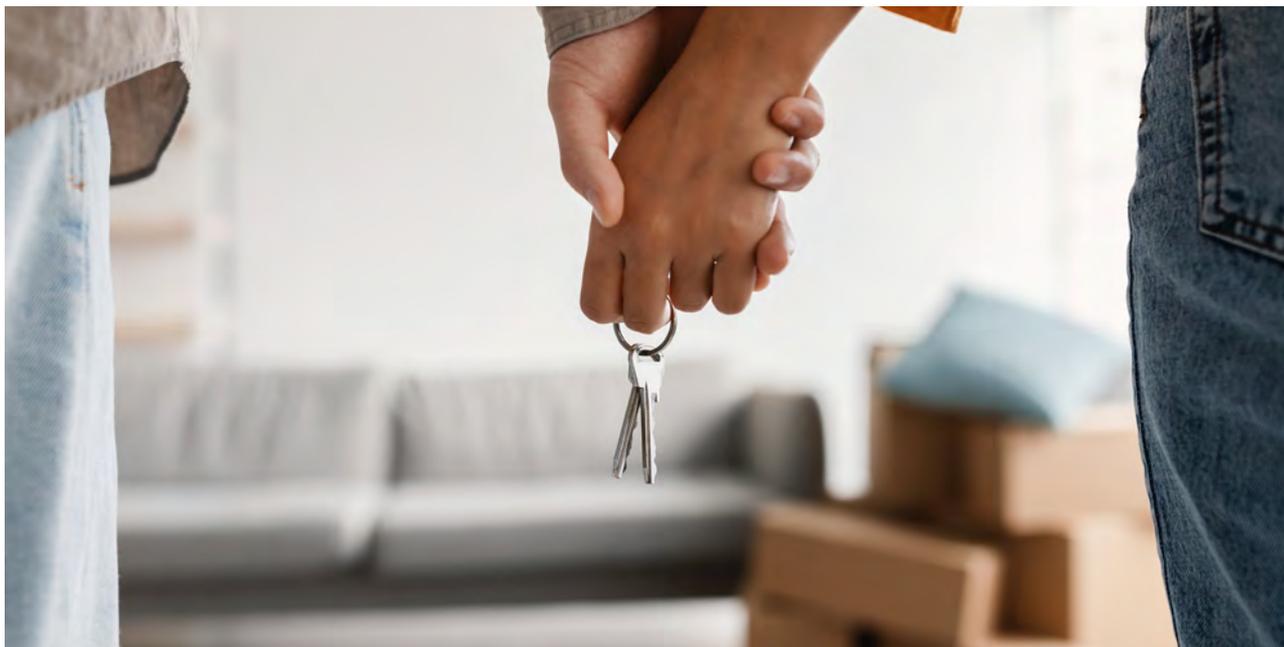
SSTS núm. 632/2023, de 27 de abril, núm. 390/2020, de 1 de julio.

STS núm. 378/2020, con cita de las sentencias núm. 72/2016, de 17 de febrero, núm. 726/2016, de 12 de diciembre, núm. 562/2018, de 10 de octubre, y núm. 222/2017, de 5 de abril.

STS núm. 912/2023, de 8 de junio.

STS núm. 67/2014, de 14 de febrero.

STS núm. 333/2020, de 22 de junio.



## CONCLUSIÓN:

Esta sentencia resulta de gran interés pues viene a realizar un estudio exhaustivo sobre uno de los aspectos más controvertidos del seguro de vida, como es la suscripción del cuestionario de salud. No sólo realiza un repaso sobre las claves que se han fijado por la doctrina del Tribunal Supremo, sobre la validez formal y material de esta figura regulada en el artículo 10 de la LCS, sino que, además, da un paso más aclarando algunas de las cuestiones que más controversia generan en la práctica, como son la validez "formal" y "material" del cuestionario médico.

En lo que respecta a la validez formal, el Alto Tribunal estima que lo relevante no es quién marque materialmente las respuestas, sino que las mismas las haya dado efectivamente el asegurado, apostillando para el caso que nos ocupa, que las respuestas dadas por la esposa del asegurado al agente de la compañía, sin que aquél estuviera presente y fuera informado de la relevancia de dicho trámite, supone una vulneración por parte de la aseguradora de lo previsto en el artículo 10 de la LCS, al no considerarse el cuestionario válido, aunque -como ocurrió en el presente caso-, el mismo fuera firmado días después de suscribirse la póliza por el asegurado, en su domicilio.

En segundo lugar, y en lo que respecta a la validez material del cuestionario, es preciso -según tiene establecido el Tribunal Supremo-, que se introduzcan unas cuestiones o preguntas sobre el estado de salud del asegurado que sean claras, y que introduzcan elementos significativos que el asegurado tuviera necesariamente que representarse como objetivamente influyentes, para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo. De esta forma, y respecto a enfermedades depresivas, como la que en el presente supuesto es causa del fallecimiento del asegurado, concluye el Tribunal Supremo que la pregunta genérica planteada en el cuestionario, sobre si el asegurado había precisado "algún tratamiento médico de más de siete días de duración en los últimos cinco años y padecer o haber padecido enfermedades relacionadas, entre otras, con: "2. Sistema nervioso (Neuralgias, vértigo, epilepsia, depresiones, etc)"; no cumple con el requisito de idoneidad, al ser "ambigua", pues casi imposibilita al asegurado advertir que se le está preguntando por una patología depresiva, al aludirse a las "depresiones" dentro de las afecciones del sistema nervioso.