

Enfermedad preexistente a la declaración de riesgos en seguro de Incapacidad Permanente

STS, Sala Civil, de 19 de febrero de 2019 (recurso de casación núm. 752/2016)

Antonio V. Sempere Navarro

Director de la Revista de Jurisprudencia Laboral. Magistrado del Tribunal Supremo. Catedrático de Universidad (s.e.)

I. Introducción

La STS-Civil que se examina permite interesantes conexiones entre el ámbito del aseguramiento privado y el de la protección pública brindada por la Seguridad Social.

La trabajadora a la que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) declara en situación de Incapacidad Permanente Absoluta (IPA) había suscrito previamente una póliza de seguros cubriendo tal riesgo. La Compañía Aseguradora rechaza abonar la cuantía prevista para el caso porque sostiene que la causa de la IPA es una enfermedad ya existente en el momento de concertar el seguro.

La materia interesa no solo porque sea frecuente que los contratos mercantiles de seguro remitan a categorías propias de la Seguridad Social a efectos de proteger situaciones invalidantes bajo la categoría de “riesgo asegurado”. También porque quienes trabajan suscriben contratos de seguro pensando en obtener un complemento a la protección dispensada por la Seguridad Social y su conducta comercial, en cuanto tomadores del negocio jurídico en cuestión, puede resultar decisiva para determinar si cuando acaece el riesgo (aquí la pérdida del trabajo, por pasar a la situación de IPA) surge realmente el derecho a cobrar la indemnización pactada, una parte de la misma, o incluso nada.

También aparece una dimensión procesal relevante en cualquier ámbito jurisdiccional, no solo en el civil. Tiene que ver con el necesario carácter congruente que la respuesta judicial debe tener respecto de lo debatido en el litigio.

II. Resolución comentada

Tipo de resolución: Sentencia.

Órgano: Sala Primera del Tribunal Supremo.

Número de resolución y fecha: Sentencia del Tribunal Supremo núm. 106, de 19 de febrero de 2019.

Número recurso o procedimiento: Recursos de casación e infracción procesal 752/2016.

ECLI: ES:TS:2019:518

Fuente de consulta: CENDOJ.

Ponente: Excma. Sra. Dña. M^a Ángeles Parra Lucán.

Votos Particulares: Carece.

III. Problema suscitado. Hechos y antecedentes

1. Hechos relevantes

Durante el mes de agosto de 2004 (en el ámbito de un préstamo hipotecario) la trabajadora (inmigrante de habla no castellana) concierta contrato de Seguro con una Compañía del mismo grupo que la Entidad Financiera prestamista. Siete años más tarde, en octubre de 2011 inicia una IT a cuyo término (18 meses), previa intervención del EVI^[1], el INSS le reconoce una IPA con fecha 17 de abril de 2013.

El 22 de octubre de 2014 la trabajadora presenta demanda solicitando a Ibercaja la cantidad de 60.000 €, prevista en la póliza suscrita para la eventualidad de que fuese declarada afecta de una IPA, más los intereses correspondientes (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguros) desde el 17 de abril de 2013.

La Entidad Aseguradora rechaza el pago de cantidad alguna, sosteniendo que la asegurada omitió dolosamente un dato relevante: cuando suscribió el contrato de seguro ya padecía la misma enfermedad que, años después y agravada, ha ocasionado su IPA.

2. Sentencia del Juzgado

Mediante su sentencia de 11 de mayo de 2015 (proc. 914/2014) el Juzgado de Primera Instancia n.º 15 de Zaragoza desestima la demanda, sin imposición de costas.

Recalca que la IPA surge *“por evolución negativa o agravamiento de una dolencia preexistente a suscribir la póliza”*. Así pues, *“nos encontramos ante evolución o agravamiento de un proceso patológico ocultado a la aseguradora y por ello se ajustan a derecho los argumentos de oposición a la demanda”*.

3. Sentencia de la Audiencia Provincial

Mediante su sentencia 6/2016 de 8 enero la Sección 5ª de la Audiencia Provincial de Zaragoza pone fin al recurso de apelación n.º 357/2015. Estima parcialmente tanto el recurso cuanto la demanda de la trabajadora y condena a la Compañía Aseguradora a pagar la cuantía pactada pero *“reducida proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo”*.

Accede a esa conclusión porque descarta la existencia de dolo o culpa grave por parte de la tomadora, aventurando que el idioma pudo complicar la cumplimentación del clausulado^[2]. La SAP parte de que la actora y su marido, que declararon que en las fechas de concertación del seguro tenían problemas idiomáticos con el español, afirmaron que ella sí declaró al empleado de la entidad que padecía depresión y que luego se limitaron a firmar la póliza sin que previamente se les leyera el resultado de la declaración, por lo que la única explicación era que el empleado pusiera una contestación diferente a la facilitada.

A la vista del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), concluye que existió algún tipo de error en la declaración del riesgo, pero no se ha acreditado que se haya producido por culpa grave o dolo. Por eso procede reducir la prestación en proporción a la diferencia de primas entre la que hubiera correspondido de conocer el real riesgo existente y la fijada por la entidad a la vista de aquella declaración.

IV. Posiciones de las partes

La discusión que accede al Tribunal Supremo se centra en el deber de previa declaración de riesgos por parte del tomador de un seguro, habiendo resultado incontrovertido que la IPA reconocida deriva de enfermedad preexistente.

1. La trabajadora (recurrente)

La trabajadora interpone recurso por infracción procesal. Puesto que la Compañía aseguradora no argumentó sobre una eventual responsabilidad proporcional y la SAP la concede considera que hay infracción de diversas normas procesales.

También formaliza recurso de casación, porque ella no incurrió en dolo, sino que respondió a las preguntas que le formulaba el empleado, al menos tal y como ella las entendía.

En suma: mientras que la reducción de la prestación requiere que el asegurador ejercite tal pretensión, en el caso solo ha invocado la existencia de una conducta dolosa que ni ha quedado acreditada, ni ha existido.

2. La Compañía Aseguradora

La Aseguradora denuncia la mala fe o dolo de la asegurada al declarar el riesgo. La declaración de salud suscrita incluye una respuesta negativa a la pregunta de si había estado en tratamiento por depresión.

Sin embargo, lo cierto es que la trabajadora sí tenía antecedentes y estaba con tratamiento farmacológico desde 2003. Conforme al art. 10 de la LCS, el dolo del tomador da lugar a la liberación del asegurador.

Interesa advertir que la Aseguradora demandada invoca dolo de la trabajadora y se limita a pedir la liberación del pago de la prestación, sin activar la pretensión subsidiaria de que se reduzca proporcionalmente por haber existido inexactitud en la declaración de riesgos.

V. Preceptos relevantes

Aunque entran en juego otros preceptos, para la solución del caso acaba siendo decisivo el tenor de unos pocos preceptos de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS), aunque también se pone en juego, de manera instrumental, el propio concepto general de dolo.

En primer término, interesa revisar el alcance del art. 3º de la LCS:

Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito.

Las condiciones generales del contrato estarán sometidas a la vigilancia de la Administración Pública en los términos previstos por la Ley.

Declarada por el Tribunal Supremo la nulidad de alguna de las cláusulas de las condiciones generales de un contrato, la Administración Pública competente obligará a los aseguradores a modificar las cláusulas idénticas contenidas en sus pólizas.

Con todo, el precepto realmente central para la cuestión examinada en este caso no es otro que el art. 10 de la propia LCS, cuyo texto es el siguiente:

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las

circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber 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.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo^[3] o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

También entre en juego la previsión del art. 89 de la LCS, donde se contempla el supuesto de dolo en las declaraciones del tomador del seguro:

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.

Se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del asegurado, que se regula en el artículo siguiente

VI. Doctrina básica

A partir de cuanto queda expuesto, lo procedente ahora es resumir los contenidos doctrinales de la sentencia comentada.

1. Sobre el silencio de la trabajadora acerca de su enfermedad

El incumplimiento del deber de declaración de riesgos asegurados tiene las consecuencias establecidas en el art. 10 de la LCS y que la sentencia sistematiza así:

a) La facultad del asegurador de «rescindir» el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitudes del tomador del seguro.

b) La reducción de la prestación del asegurador «proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo». Esta reducción se produce únicamente si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.

c) La liberación del asegurador del pago de la prestación. Este efecto solo se produce, si «medió dolo o culpa grave del tomador del seguro».

2. Sobre la ausencia de derecho a la prestación reclamada

La Aseguradora pretende no abonar cuantía alguna, porque considera que ha mediado dolo en la concertación de la póliza. Pero ese tipo de comportamiento no queda acreditado y, por lo tanto, tampoco cabe aplicar la drástica consecuencia del art. 10 de la LCS.

Es una consecuencia del modo en que ha quedado centrado el problema tras el paso del litigio por las dos instancias anteriores. La propia SAP recurrida parte de que no ha habido mala fe, sino una inexacta declaración del riesgo, quizá motivada por la dificultad de comunicación al no ser española la recurrente.

Es cierto que la reducción de la prestación del asegurador no exige que concurren circunstancias de dolo o culpa grave del tomador del seguro, sino sólo la existencia de reticencias o inexactitudes en la declaración. Ahora bien, esa minoración (acogida por la SAP recurrida) sí requiere, en virtud del principio de rogación procesal, que el asegurador ejercite la pretensión en el momento procesal oportuno.

3. Sobre la minoración de la prestación prevista

La STS examinada censura el modo en que la Audiencia Provincial ha reducido la prestación a cargo de la Compañía Aseguradora tanto por razones procesales cuanto por argumentos de fondo.

Respecto de la conducta achacada a la trabajadora: sería necesario partir de que ella ocultó su patología, lo que no se ha acreditado. Frente a la declaración tanto suya cuanto de su esposo (sosteniendo que sí informaron de la depresión padecida), la Aseguradora ni aporta documental alguna con las respuestas ofrecidas al concluir el contrato ni siquiera ha instado la declaración del empleado que comercializó el seguro.

Desde un punto de vista procesal: para minorar el importe de la indemnización prevista es necesario que haya habido un debate al respecto. Sin embargo, ni en la instancia ni en apelación se suscitó la cuestión, introducida de modo incongruente por la SAP. Yerra ésta cuando aplica la reducción legalmente prevista solo porque queda acreditado que la IPA asegurada es consecuencia de una enfermedad anterior a la concertación del seguro.

Resultado de lo anterior es que la SAP tampoco fija la cuantía de la prestación a la que condena, ni siquiera las bases para obtenerla.

4. Sobre los intereses

El art. 20.4º de la LCS contempla un importante interés a favor del asegurado^[4], pero el apartado 8º del mismo precepto prescribe que no habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable. Esto es lo que la Aseguradora entiende, argumentando que la propia necesidad de acudir a la vía judicial determina la improcedencia del recargo. Además, que el Juzgado desestimara la demanda constituye argumento razonable para considerar que el inicial rechazo del siniestro estaba basado en la “*causa justificada*” de que habla la norma.

Sin embargo, la STS comentada aplica la doctrina conforme a la cual 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. Ese no es el caso.

VII. Parte dispositiva

A la vista de las líneas argumentales sentadas, y obviando el tema de las costas procesales que aquí no interesa, la STS-CIV 106/2019 estima los recursos interpuestos por la trabajadora (infracción procesal y casación). Eso supone el triunfo total de lo pedido en la demanda inicial.

La SAP incurre en incongruencia al condenar a la Aseguradora al pago parcial de la indemnización pactada, porque si bien es cierto que el art. 10 de la LCS así lo permite, se trata de una cuestión ajena al litigio. Lo que las partes discuten es si procede o no abonar la prestación contemplada en el contrato de seguro. Lo que las partes discuten es si ha mediado o no dolo o culpa grave de la trabajadora (en cuanto tomadora del seguro), nada más.

Habida cuenta de que no se ha probado la existencia de su conducta dolosa, una vez reconocida por el INSS la condición de pensionista de IPA a la trabajadora, lo procedente es *“estimar íntegramente la demanda, condenando a Ibercaja Vida Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. a pagar a la demandante la cantidad de 60.000 euros incrementada con los intereses del art. 20 LCS desde el 17 de abril de 2013 y hasta su completo pago”*.

VIII. Pasajes decisivos

En el apartado 1 del Fundamento Tercero, la sentencia resume el sentir de otras muchas anteriores y sienta el criterio decisivo, al tiempo que sintético, para la resolución de los problemas expuestos. Vale la pena leerlo con detenimiento:

La reducción de la prestación del asegurador no exige que concurren circunstancias de dolo o culpa grave del tomador del seguro, sino sólo la existencia de reticencias o inexactitudes en la declaración, pero requiere, en virtud del principio de rogación procesal, que el asegurador ejercite la pretensión en el momento procesal oportuno y no puede aplicarse si esta pretensión no se ha ejercitado.

IX. Comentario

Para contextualizar y evaluar la doctrina que acabamos de exponer interesa realizar una doble aportación. Primero, siguiendo la doctrina de la propia jurisdicción civil. Segundo, enlazando con el ámbito de la Seguridad Social.

1. Doctrina sobre la obligación de declarar el riesgo

La jurisprudencia civil ha venido aquilatando el alcance que posee el deber de declaración del riesgo regulado en el expuesto art. 10 de la LCS. Las SSTs 2/2016, de 17 de febrero; 157/2016, de 16 de marzo; 726/2016 de 12 de diciembre; 222/2017 de 5 de abril; 542/2017, de 4 de octubre; 323/2018 de 30 de mayo y STS 562/2018 de 10 de octubre permiten elaborar el siguiente cuadro.

- El deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 de la LCS se configura como una obligación de contestar a lo que pregunte el asegurador.
- El asegurador debe asumir las consecuencias que deriven de la presentación de un cuestionario incompleto.
- No es preciso que el cuestionario asuma una forma especial, pues lo relevante es su contenido material.

Sobre la Aseguradora pesa el deber de preguntar de modo frontal cuanto necesita saber para evaluar el riesgo. De ahí que, por ejemplo, el hecho de que la tomadora no manifestara los antecedentes de psicosis que padecía desde mucho antes no permitía concluir que estuviera ocultando datos de salud relevantes para la valoración del riesgo, «pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectante a su salud mental (solo se aludió a patologías de tipo cardiaco, respiratorio, oncológico, circulatorio, infeccioso, del aparato digestivo o endocrino -diabetes-) ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental que condujeron finalmente a la incapacidad».

2. Patologías previas y protección de Seguridad Social

Sobre la posibilidad de que patologías previas a la incorporación del trabajador al sistema de Seguridad Social sean tomadas en cuenta para determinar su situación invalidante es menester recordar los términos del actual párrafo segundo del art. 193.1 de la LGSS. Conforme al mismo

Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de

incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación.

De aquí deriva la general imposibilidad de que lesiones previas sean la causa de una posterior declaración de IP. Pero no siempre es fácil la aplicación de la regla. De hecho, la jurisprudencia ha evolucionado. En una primera fase sostuvo que las patologías anteriores a la afiliación y alta sólo pueden tomarse en cuenta a efectos de calificar la incapacidad si posteriormente se ha producido una agravación trascendente^[5]. Sin embargo, actualmente mantiene que las reducciones anatómicas o funcionales que han de computarse son todas las existentes en el momento en que se solicita el reconocimiento de la incapacidad permanente^[6].

3. Intereses por mora según la jurisdicción social

Respecto de la condena al abono del interés previsto en el art. 20 de la LCS, conviene recordar que la jurisprudencia social también viene activándolo:

- El interés por demora previsto en el art. 20 de la LCS no surge cuando la oposición al abono de la indemnización está justificada^[7].
- Durante los dos años posteriores al siniestro el interés por mora equivale al interés legal incrementado en un 50% y a partir del segundo año se eleva al 20%^[8].
- Los intereses de demora del art. 20 de la LCS no son exigibles a la empresa empleadora, responsable del pago de la mejora voluntaria, al no ostentar la condición de aseguradora^[9].

X. Apunte final

La STS-CIV 106/2019 se alinea con la abundante doctrina sentada al hilo de las obligaciones que pesan sobre la Compañía Aseguradora cuando se comprueba que el riesgo asegurado no estaba bien delimitado como consecuencia de inexactitudes o de omisiones. Más que sentar criterios novedosos, sirve para comprobar el modo en que ha ido destilándose un *corpus* bastante favorable para quienes parecen como tomadores o beneficiarios de las pólizas mediante las que se asegura el riesgo de incapacidad permanente.

Referencias:

1. ^ Con fecha de abril de 2013 emite el dictamen propuesta, con el cuadro clínico residual de «Trastorno Esquizoafectivo, hipotiroidismo, obesidad mórbida en LEQ», proponiendo la calificación como IPA.
2. ^ “No consta documentalmente que el cuestionario fuera transcrito fielmente y que ni siquiera se ha llamado al empleado que comercializó el seguro para que adverase su correcto proceder”.
3. ^ A falta de un específico concepto de la conducta dolosa en la legislación seguro, interesa recordar la muy conocida definición del art. 1269 CC: “Hay dolo cuando, con palabras o maquinaciones insidiosas de parte de uno de los contratantes, es inducido el otro a celebrar un contrato que, sin ellas, no hubiera hecho”.
4. ^ “La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero

vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100”.

5. ^ SSTS 27 julio 1992 (RJ 1992,5664) (Ponente, Sr. Desdentado Bonete); 26 enero 1999 (RJ 1999, rec. 5066/1997).
6. ^ SSTS de 28 noviembre 2006 (RJ 2006, 8372) (Ponente, Sr. Gil Suárez); 26 septiembre 2007 (RJ 2007, 7900); 21 febrero 2008 (RJ 2008, 3035); 14 diciembre 2010 (RJ 2011, 49) (Ponente, Sr. Gilolmo López).
7. ^ STS de 10 noviembre 2006 (RJ 2006, 9066)(Ponente, Sr. Botana López).
8. ^ STS 16 mayo 2007 (RJ 2007, 3759) (Ponente, Sr. Gil Suárez).
9. ^ STS de 4 mayo 2011 (RJ 2011, 4611)(Ponente, Sr. Martínez Garrido).