rc

Nº06 /
Junio 2025

Revista de Responsabilidad Civil y Seguro

www.inese.es

La declaración del riesgo por parte del asegurado en el Seguro de Vida. Análisis práctico del art. 10 de la LCS

MIGUEL SÁNCHEZ DE LAS MATAS Y SÁNCHEZ DE LAS MATAS
Abogado especializado en Seguros de Vida, Accidentes y Riesgos Diversos.

La nueva normativa europea abre la puerta a una oleada de reclamaciones por PFAS | La prescripción en reclamaciones por accidentes de circulación (II). Breve estudio de Derecho comparado en los principales países de nuestro entorno | Las entidades aseguradoras como sustitutas del contribuyente en el pago de la tasa de prevención y extinción de incendio.

MIGUEL SÁNCHEZ DE LAS MATAS Y SÁNCHEZ DE LAS MATAS
Abogado especializado en Seguros de Vida, Accidentes y Riesgos Diversos

Declaración del riesgo por el asegurado en el seguro de vida. Análisis práctico del artículo 10 de la LCS

RESUMEN:

El cuestionario previo a la contratación de un seguro de vida es fundamental para que las aseguradoras evalúen el estado de salud y hábitos del asegurado, permitiéndoles calcular el riesgo y fijar una prima adecuada, además de prevenir fraudes. No existe un formato obligatorio para este cuestionario, pero el contrato de seguro exige una buena fe máxima entre las partes. El asegurado debe responder con veracidad a lo que se le pregunte, ya que la falta de cuestionario o uno incompleto o ambiguo puede tener consecuencias negativas. El artículo analiza, a través de casos del Tribunal Supremo, cómo se deben cumplimentar estos cuestionarios y las posibles consecuencias de proporcionar información incorrecta, como la pérdida o reducción de la indemnización.

ABSTRACT:

The questionnaire completed prior to taking out a life insurance policy is essential for insurers to assess the applicant's health and lifestyle, allowing them to evaluate risk and set an appropriate premium. It also serves as a fraud prevention tool. Although no specific format is legally required, the process is governed by the principle of utmost good faith, requiring the insured to answer truthfully. Omissions or vague responses can lead to negative consequences. This article, using Supreme Court case examples, analyzes the legal impact of inaccurate information provided by the insured and the conditions under which such inaccuracies may lead to loss or reduction of the right to compensation.

PALABRAS CLAVE:

Seguro de vida; cuestionario de salud; valoración del riesgo; cálculo de la prima; buena fe contractual; ausencia de requisitos de forma; deber de contestación; deber personalísimo; inexactitud en la declaración; dolo y culpa grave; liberación de la obligación; relación de causalidad entre omisión y siniestro; indisputabilidad; regla de equidad; sobreprima; edad del asegurado.

KEY WORDS:

Life insurance; health questionnaire; risk assessment; premium calculation; contractual good faith; absence of formal requirements; duty to answer; personal duty; inaccuracy in the declaration; fraud and gross negligence; release from obligation; causal relationship between omission and claim; unquestionability; equity rule; extra premium; age of the insured.

SUMARIO

I.- INTRODUCCIÓN.

II.- LA INEXISTENCIA DE REQUISITOS DE FORMA DEL CUESTIONARIO DE SALUD;

III.- TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO;

IV.- VALIDEZ DEL CUESTIONARIO EN SUPUESTOS DE CUMPLIMENTACIÓN POR PERSONA DISTINTA DEL ASEGURADO;

V.- EL CONCEPTO DEL DOLO Y CULPA GRAVE A LOS EFECTOS DEL ART. 10 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y LA LIBERACIÓN DEL PAGO POR PARTE DE LA ASEGURADORA;

VI.- LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA CIRCUNSTANCIA OMITIDA Y LAS PATOLOGÍAS QUE PRODUCEN EL RIESGO CUBIERTO;

VII.- CONSECUENCIAS DE LA INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO;

VIII.- LA INEXACTITUD EN LA EDAD DEL ASEGURADO;

IX.- ALEGACIONES "TÍPICAS" QUE SE PLANTEAN EN LOS PROCEDIMIENTOS CON RELACIÓN AL ART. 10 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO.

I.- INTRODUCCIÓN. FUNDAMENTO Y RAZÓN DE SER DE LA EXISTENCIA DEL CUESTIONARIO DE SALUD

Dentro de las controversias que llegan a la vía judicial en relación con el seguro de vida regulado en los arts. 83 a 99 de la Ley de contrato de seguro, la gran mayoría de ellas giran en torno a lo que atañe al cuestionario de salud al que se somete al asegurado con carácter previo a la contratación del seguro.

Por ello, el presente artículo tiene por objeto realizar una aproximación a los requisitos que viene exigiendo el Tribunal Supremo para la cumplimentación de este cuestionario por el asegurado, así como las consecuencias en caso de que éste no sea veraz al responder a las preguntas a las que le somete la aseguradora.

Para abordar la cuestión, lo primero que se debe tomar en consideración es analizar cuál es el fundamento o razón de ser de la existencia de este cuestionario, que siempre ha de cumplimentarse con carácter previo a la contratación de la póliza

El art. 83 de la Ley de contrato de seguro define el seguro de vida como aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente.

Y por otra parte el art. 8.3 de la Ley de contrato de seguro ordena que las pólizas de contrato de seguro contendrán una mención a la naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.

Para el cumplimiento de dicha obligación documental, el art. 10 de la misma Ley establece un mecanismo por el que el asegurador deberá presentar al tomador del seguro un cuestiona-

rio para que éste declare las circunstancias del riesgo por él conocidas, que puedan influir en su valoración.

En concreto los tres primeros párrafos de este precepto legal disponen lo 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 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.

El motivo por el que en los contratos de seguro de vida se introduce el cuestionario de salud, radica en que el contrato de seguro, es un contrato que por su naturaleza aleatoria se califica como un contrato de "máxima buena fe" u "optima buena fe" (uberrimae bonae fidei), lo que significa que todas las partes de un contrato de seguro deben negociar de buena fe, existiendo una actuación de especial lealtad por ambas partes y, por ello, es fundamental que la aseguradora, a través de la veraz y exacta declaración del riesgo efectuada por su asegurado, pueda valorar adecuadamente el alcance del riesgo a cubrir, y decidir con conocimiento de causa acerca de la admisión o rechazo del seguro.

La actividad seguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores y estos, sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y, en el caso de que se decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurado.

Para las aseguradoras el fin principal del cuestionario es la evaluación del riesgo, dado que su negocio consiste en evaluar ese riesgo para gestionarlo de la forma adecuada.

Al conocer mejor el estado de salud y los hábitos de vida de la persona que solicita este seguro, es posible desarrollar una predicción bastante precisa sobre la probabilidad de que se produzcan reclamaciones al seguro.

Las compañías aseguradoras manejan unas tablas actuariales de valoración del riesgo, que analizan la morbilidad e índice de incapacidad que lleva asociada cada tipo de enfermedad o hábito perjudicial para la salud, determinando qué enfermedades no son asegurables, o qué enfermedades o hábitos de salud, siendo asegurables, conllevan una aplicación de sobreprima a la persona que pretende contratar el seguro padeciendo alguna de esas enfermedades.

Basándose en la información de salud y otros factores, las aseguradoras pueden establecer primas que reflejen adecuadamente el nivel de riesgo que lleva asociado el aseguramiento de una persona específica, o directamente denegar la contratación del seguro.

Asimismo, es un sistema de prevención del fraude, pues al requerir que los solicitantes proporcionen información sobre su salud, las aseguradoras pueden disuadir a aquellos que podrían intentar ocultar condiciones preexistentes o presentar información engañosa con el fin de obtener primas más bajas.

Por tanto, la cumplimentación de un cuestionario de salud acorde a la verdadera situación de la persona que pretende contratar el seguro es el punto de partida básico, desde el punto de vista de selección de las aseguradoras, para valorar el riesgo que se va a contratar.

II.- LA INEXISTENCIA DE REQUISITOS DE FORMA DEL CUESTIONARIO DE SALUD

El Tribunal Supremo tiene establecido que en el caso de los seguros de personas, la declaración

de salud no tiene que estar sujeta a una forma concreta (entre otras, las Sentencias nº 26/2016 de 1 de diciembre y Sentencia nº 542/2017, de 4 de octubre.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo mantiene que no debe entenderse que el cuestionario haya de ser necesariamente un documento distinto de la solicitud, la proposición o la póliza, pues en éstos se pueden contener un conjunto de declaraciones del tomador, cuyo incumplimiento dará lugar a los efectos previstos en el art. 10.

El Tribunal Supremo ha dado plena eficacia a la "declaración estado salud" que figura impresa en la póliza firmada por el asegurado, y en tal sentido se orientan entre otras Sentencias las de 24 de junio de 1999 y 2 de abril de 2001

Lo determinante es el contenido material del cuestionario, pues como dice la Sentencia del Tribunal Supremo nº 222/2017, de 5 de abril, lo importante es si las preguntas formuladas (cualquiera que sea la fórmula elegida por el asegurador) "fueron o no conducentes a que, en sus circunstancias, el tomador pudiera razonablemente advertir o ser consciente de la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que la aseguradora debiera conocer para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas".

Como consecuencia de la absoluta ausencia de requisito formal en cuanto a la forma del cuestionario de salud, el Tribunal Supremo ha llegado a dar validez incluso a cuestionarios de salud en los que no constaba la firma de asegurado.

Así ha ocurrido en la Sentencia nº 632/2023 de 27 de abril de 2023, dictada en un supuesto en que ni la solicitud del seguro ni la póliza fueron firmadas por el tomador/asegurado, habiéndose practicado prueba pericial caligráfica que determinó que no se trataba de su firma, dándose la circunstancia de que los testigos que depusieron en el juicio (representante legal de la correduría y subagente) mantuvieron versiones contradictorias sobre la realización del cuestionario al asegurado.

El Tribunal Supremo dio por probado que el cuestionario se había cumplimentado por un tercero, pero con las respuestas dadas por el asegurado a las preguntas que se le formularon y que se contenían en aquel, y lo hizo no como resultado del dato aisladamente considerado de que el cuestionario no fuera firmado por el asegurado, sino de un conjunto de circunstancias, como que el seguro se contratase a petición del asegurado a los pocos días de recibir el diagnóstico de su enfermedad (se trataba de un seguro contratado a los 6 días de que el asegurado conociera el diagnóstico de un cáncer), que buscara a una

persona de su confianza para contratarlo y se asegurase de que su contratación no exigía una previa revisión médica o, que en el cuestionario se reflejaran datos de carácter personal que sólo él podía conocer (no solo el peso y la altura del asegurado, sino en este caso también la persona designada como beneficiaria, a la sazón la hermana del tomador).

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo nº 35/2007, de fecha 30 de enero de 2007, que admitió que se puede otorgar valor probatorio al cuestionario de salud en el que no conste la firma del asegurado, y aplicar los efectos del art. 10 de la ley de contrato de seguro en el caso de que se demuestre por otros medios de prueba que el asegurado fue sometido a dicho cuestionario y faltó a la verdad.

III.- TRATAMIENTO JURISPRUDENCIAL DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO. SE TRATA DE UN DEBER DE CONTESTACIÓN O RESPUESTA POR PARTE DEL ASEGURADO

Respecto a cuál es el deber de declaración del riesgo que le es exigible al asegurado, al que se le somete a un cuestionario de salud, y como resume la Sentencia del Tribunal Supremo nº 621/2018, de 8 de noviembre, la jurisprudencia configura el deber de declaración del riesgo como un deber de contestación o respuesta por parte del asegurado a lo que pregunte el asegurador, sobre el que, además, recaen las consecuencias que derivan de la omisión del cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro

El asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella, si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal.

Lo que se debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro, lo que va a ser objeto de tratamiento en este artículo al analizar el concepto del dolo según la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

IV.- VALIDEZ DEL CUESTIONARIO EN SUPUESTOS DE CUMPLIMENTACIÓN DEL MISMO POR PERSONA DISTINTA DEL ASEGURADO

El Tribunal Supremo (entre muchas en Sentencias nº 681/2023, de 8 de mayo, que reitera el criterio de la sentencia 273/2018, de 10 de mayo) tiene establecido que la cumplimentación del cuestionario de salud para la valoración del riesgo es un acto personalísimo del asegurado porque sus datos de salud son privados y gozan de la condición de datos de carácter personal especialmente protegidos, de modo que si no se observa por la aseguradora la obligación de realizar las preguntas del cuestionario al asegurado se excluye el dolo o la culpa grave del asegurado.

De ahí que para la jurisprudencia (p.ej. sentencias 632/2023, de 27 de abril, 390/2020, de 1 de julio, y 378/2020, de 30 de junio) lo determinante para la validez formal del cuestionario no sea quien materialmente marque las respuestas en el documento formulario, bien el propio asegurado, bien el personal de la aseguradora o de la entidad mediadora, sino que no se haya prescindido de las respuestas dadas por el asegurado

Por ello también se descarta la infracción del deber de declarar el riesgo por parte del asegurado cuando, por la forma en que se cumplimentó el cuestionario, pueda concluirse que éste no fue directa y personalmente preguntado por esa información relevante (en este sentido la sentencia 378/2020 con cita de las sentencias 72/2016, de 17 de febrero, 726/2016, de 12 de diciembre, 562/2018, de 10 de octubre, y 222/2017, de 5 de abril).

A&A

Comprometidos con su defensa

- **Derecho de Seguros**
- **Responsabilidad Civil General**
- **Responsabilidad Profesional**
- **Derecho Medioambiental**
- **Arbitraje**

www.bufete-albanes.com

ISO 9001 IGC

Es muy frecuente el caso en que el encargado de transcribir las respuestas del cuestionario es el empleado de la aseguradora, o en supuestos de pólizas vinculadas a la concesión de préstamos hipotecarios, que sea el empleado de la aseguradora o del banco (en muchos casos perteneciente al mismo grupo que la aseguradora) el que rellena las casillas del cuestionario

En estos casos el Tribunal Supremo, en Sentencias de fecha 4 de febrero de 2014 y 17 de febrero de 2016, ha atribuido plena validez y eficacia al cuestionario en el que se plasma la declaración prestada por el asegurado, cuando el encargado de transcribir las respuestas es el agente o mediador del seguro, señalando que, al tratarse de datos declarados por él asegurado, sobre los que fue cuestionado, es plenamente imputable al declarante la inexactitud o reticencia apreciada.

Como dos casos curiosos y con pronunciamientos uno a favor del asegurado y otro a favor de la asegurada, existen dos Sentencias del Tribunal Supremo que examinaron el caso de contratos firmados por poderes por personas distintas del asegurado.

En primer lugar, en una Sentencia en la que falló contra el asegurado, la Sentencia del Tribunal Supremo nº 273/2018, de fecha 10 de mayo de 2018, que analizó un caso de contratación del seguro por medio de una persona que contrató un seguro de vida a favor de su hermana, la cual había otorgado a su favor un poder que le facultaba para contratar toda clase de seguros, incluida la modalidad de vida para caso de muerte, así como para suscribir toda clase de documentos que su buen fin exigiera, como en este caso sería el cuestionario de salud.

El Tribunal Supremo razonó que mientras la mandataria sí podía vincular a su mandante frente a la aseguradora en la contratación del seguro en sí misma (art. 1727 CC), en cambio la cumplimentación del cuestionario de salud habría exigido, en principio, una actuación personal de la propia asegurada, es decir, de la mandante, ya que los datos de salud no solamente son privados sino que, además, gozan de la condición de datos de carácter personal especialmente protegidos según el art. 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

No obstante, en aquel caso se apreció una situación de convivencia constante y continuada de ambas hermanas (apoderada y poderdante) en un domicilio común, que la apoderada tenía la doble condición de beneficiaria del seguro y heredera de su hermana asegurada, que ambas hermanas eran codeudoras del mismo crédito vinculado al seguro, cúmulo de circunstancias por las que el Tribunal Supremo apreció una actuación concertada de ambas para que la aseguradora no pudiera valorar adecuadamente el riesgo fallando a favor de la aseguradora.

En contraposición la Sentencia del Tribunal Supremo nº 681/2023, de 8 de mayo de 2023, dictada en su supuesto prácticamente idéntico, razonó que el seguro de vida litigioso, cuya validez la aseguradora nunca discutió, se suscribió con aquiescencia de la aseguradora, no por el asegurado sino por su hermana, que actuó en representación de aquel en virtud de poder cuya suficiencia tampoco se ha cuestionado.

El Tribunal Supremo entendió que la compañía aceptó una firma de un contrato de seguro de vida con poder, y lo hizo desde un principio, señalando que al coincidir en la misma persona la doble condición de asegurado y tomador, tan solo a éste le incumbía cumplir con el deber de declarar el riesgo que establece el art. 10 de la Ley de contrato de seguro, no pudiendo estar representado por su hermana en el acto de cumplimentar el cuestionario de salud, por su carácter personalísimo y en consecuencia declaró que la inobservancia de ese requisito excluye el dolo del asegurado, señalando, eso sí, de manera expresa, que en ese caso no concurrían las muy especiales circunstancias que valoró la citada sentencia 273/2018 para apreciar dolo del asegurado.

V.- EL CONCEPTO DEL DOLO Y CULPA GRAVE A LOS EFECTOS DEL ART. 10 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y LA LIBERACIÓN DEL PAGO POR PARTE DE LA ASEGURADORA

Una vez determinada cual es la obligación que se puede exigir al asegurado, ha de concretarse cuándo se puede entender que éste ha incurrido en inexactitud en la declaración que pueda liberar a la aseguradora del pago de la prestación

RZS ABOGADOS

Aportar soluciones, nuestra **R**a**Z**ón de **S**er

RZS Abogados ofrece al **sector asegurador** una provisión de servicios jurídicos altamente **especializada, comprometida** y orientada al **mejor resultado** de nuestros clientes.

- Responsabilidad Civil Sanitaria
- Responsabilidad Civil Profesional y General
- Seguro de daños RC Material
- Seguros de personas

Por nuestra **experiencia** de más de **25 años** en el sector de los seguros, por nuestra **capacidad de adaptación al cliente** y por el **equipo profesional** de expertos que formamos, podemos ser tu **despacho de confianza**.

MADRID
C/Marqués de Urquijo, 44 1º 28008
contacto@rzs.es
915 433 123

SEVILLA
Avda. San Francisco Javier, 24, 4ºB.
Edificio Sevilla 1. 41018
contactp@rzs.es
915 433 123

Como precisó la sentencia 333/2020, de 22 de junio, y desde entonces viene reiterando la jurisprudencia del Tribunal Supremo (como la sentencia 912/2023, de 8 de junio), en primer lugar, 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"

Es constante, unánime y pacífica la jurisprudencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo en lo referido a lo que debe considerarse como dolo a los efectos del art. 10 de la Ley de contrato de seguro que el concepto de dolo que da el artículo 1269 del código civil, no sólo comprende la insidia directa e inductora sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte debidamente, siendo esta segunda forma o modalidad del dolo a la que se refiere el citado inciso final del párrafo 3º del artículo 10

Como resalta la sentencia de 10 de julio de 1993 al decir que el dolo que se aprecia es, evidentemente, de naturaleza negativa, en cuanto supone reticencia en la obligada que silenció los hechos y circunstancias influyentes y determinantes de la conclusión del contrato, que de haberlos sabido la otra parte influirían decididamente en su voluntad de celebrar el contrato y que encuentra encaje en el artículo 1.269 del Código Civil.

El Tribunal Supremo, indica que es suficiente que pueda racionalmente presumirse que la aseguradora no hubiera celebrado el contrato puesto que hacerlo le llevaría a asumir unas condiciones sumamente gravosas que se le ocultan mientras, en contraposición, se suscriben por el asegurado ocultador unas condiciones de normalidad que no existen.

En cuanto a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto, la jurisprudencia del Tribunal Supremo establece que para que exista incumplimiento del deber de declaración del riego por parte del tomador del seguro, deben concurrir los seis siguientes requisitos;

1) Que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante.

2) Que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa.

3) Que el riesgo declarado sea distinto del real.

4) 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.

5) Que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento.

6) Que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

Estos seis requisitos se reiteran en la jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias 726/2016, de 12 de diciembre; 222/2017, de 5 de abril; 542/2017, de 4 de octubre; 323/2018 de 30 de mayo; 53/2019, de 24 de enero, 345/2020, de 23 de junio, 235/2021, de 29 de abril o la más reciente nº 687/2024 de 14 de mayo).

Respecto al tipo de preguntas que se han de contener en el cuestionario de salud, la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 14 de febrero de 2014, ha señalado que no puede exigírsele a la aseguradora una búsqueda sin meta sobre las posibles enfermedades pues ello supondría someter a la aseguradora a una investigación in genere que tampoco exoneraría al asegurado del dolo en el que incurrió dadas las respuestas negativas al cuestionario.

Se entienden como preguntas válidas las relativas a enfermedades concretas o por especialidades o las preguntas relativas a haber realizado algún tratamiento médico de determinada duración durante algún tiempo concreto, o haber visitado algún médico, especificando el motivo de la visita, haber sido sometido a intervención quirúrgica, o la condición de fumador, o consumos de bebidas alcohólicas o sustancias tóxicas.

No se admiten las preguntas excesivamente genéricas o estereotipadas por referirse de forma ambigua a la salud general del asegurado, como preguntarle si "goza de buena salud" o si "se ha sometido a una operación relevante".

Un ejemplo en el que no se consideró que existiera infracción de deber por parte del asegurado es la Sentencia 562/2018, de 10 de octubre, dictada en un caso de un politoxicómano (consumidor de cocaína, heroína y otras sustancias) al que se le preguntó si consumía alcohol y si tenía alguna sintomatología que aconsejara

asesores
Gabinete Jurídico

DEFENDEMOS PERSONAS

- CONTENCIOSO SEGUROS
- RESPONSABILIDAD CIVIL
- ORDENACIÓN SEGUROS
- MEDIADORES
- FIDELIZACIÓN
- COMPLIANCE

Calidad certificada

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification
Cert. Nº. ES041208-1

www.jbasesores.com

consulta médica, pero no se le preguntó por el consumo de drogas o estupefacientes.

En primera y segunda instancia se desestimó su demanda, pero el Tribunal Supremo estimó su recurso razonando que ninguna compañía de seguros podía ignorar a finales de la década de 1990 los efectos perjudiciales para la salud del consumo de sustancias como la heroína y la cocaína, de modo que la aseguradora no podía descargar sobre el asegurado las consecuencias de su propia desatención en la redacción o contenido del cuestionario.

En la misma línea, la Sentencia nº 222/2017 de 5 de abril, consideró que 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 ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental.

En cualquier caso, resulta imposible establecer un "catálogo" o unos criterios para conocer qué preguntas pueden ser válidas y cuales no, pues se trata de algo muy casuístico, en lo que el Tribunal Supremo suele tener en consideración no solo el contenido de las preguntas, sino también otras circunstancias de las que se pueda desprender la intención del asegurado de ocultar datos relevantes.

Como ejemplo citaremos la Sentencia 687/2024, de fecha 14 de mayo de 2024, recaída en un supuesto en que una persona contrató un seguro de vida cuando estaba pendiente de realizarse una biopsia que se le había prescrito tras una mamografía con sospechas de cáncer de mama.

En ese caso, se preguntaba a la asegurada si estaba diagnosticada de cáncer (no lo estaba, pues aún no se había realizado la biopsia), y si en los últimos cinco años había visitado a algún médico, contestando la tomadora del seguro que sí, pero respondiendo que ello había sido únicamente para revisiones normales.

La Audiencia Provincial condenó a la aseguradora, con fundamento en que la asegurada no había faltado la verdad al no estar aún diagnosticada de cáncer, y el Tribunal Supremo revocó dicha condena, señalando que desde la perspectiva del art. 10 de la Ley de contrato de seguro y su consolidada jurisprudencia, hay que concluir que quien tiene antecedentes que dan lugar a una revisión que termina en un diagnóstico de cáncer y que está pendiente de la realización de la prueba clínica que confirmaría o descartaría dicha enfermedad, infringe conscientemente su deber de declarar el riesgo si manifiesta no tener problema alguno de salud y, al mismo tiempo, silencia antecedentes indiscutiblemente relevantes que podía representarse, por las preguntas que se le hicieron, como objetivamente influyentes para la exacta valoración del riesgo de fallecimiento.

Por ello, lo trascendental para que se entienda que concurre dolo en la conducta del asegurado, que se pueda presumir racionalmente que la aseguradora no hubiera contratado si hubiera conocido las circunstancias omitidas por la persona que pretendía su aseguramiento.

VI.- LA RELACION DE CAUSALIDAD ENTRE LA CIRCUNSTANCIA OMITIDA Y LAS PATOLOGÍAS QUE PRODUCEN EL RIESGO CUBIERTO

Este es otro aspecto muy relevante que se debe tener en cuenta, pues no basta que la declaración del asegurado haya sido inexacta, sino que además es preciso que exista relación causal entre las circunstancias omitidas y las patologías que producen el riesgo objeto de obertura, para que la inexactitud de la declaración del asegurado produzca la liberación de la aseguradora.

Como ejemplo, la Sentencia del Tribunal Supremo nº 912/2023, de 8 de junio, que condenó a la aseguradora al no existir relación alguna entre las preguntas del cuestionario y las patologías previas omitidas y la enfermedad que provocó el fallecimiento del asegurado, dictada en un caso de una persona que padecía hipertensión arterial, ictus, dislipemia, diabetes, hipertrofia de próstata y síndrome de apnea del sueño, sobre las que fue preguntado y que ocultó a la aseguradora, pero que falleció por un síndrome mielodisplásico, que son trastornos causados

CLYDE&CO

¿Quieres estar seguro?

No le des más vueltas.

50 abogados hiperespecializados
en seguros en España.
4.000 profesionales en el mundo.

Conocemos el mercado y tenemos la experiencia que estás buscando para asesorarte y defenderte en los casos más complejos. Pero también estamos contigo antes de que surjan los problemas, porque sabemos tan bien como tú que hacer las cosas bien y prevenir es esencial.

www.clydeco.com

por células sanguíneas mal formadas o que no funcionan correctamente.

El Tribunal Supremo condenó a la aseguradora señalando que no existía relación alguna entre las preguntas del cuestionario relativas a patologías previas y la enfermedad que provocó el fallecimiento del asegurado, señalando que en ese caso no cabe apreciar que los datos de salud silenciados estuvieran causalmente relacionados con el siniestro (porque las pruebas lo habían descartado) y tampoco, que tuvieran la relevancia determinante para la valoración del riesgo que afirmaba la aseguradora, toda vez que esto no se podía establecer, simplemente, porque así lo dijera la compañía, pues ello requeriría de una prueba fiable y convincentemente demostrativa conforme a los criterios operativos y de explotación aplicados en el ramo de vida por la técnica aseguradora, sin que la compañía demostrase la concurrencia de esta circunstancia.

No obstante, este requisito ha sido matizado en la reciente Sentencia nº 77/2025, de 14 de enero de 2025, en la que el Tribunal Supremo ha señalado que basta con que las enfermedades ocultadas pudieran tener incidencia causal en la enfermedad que causó el fallecimiento.

Por lo que respecta al nexo causal entre los antecedentes de salud omitidos y el riesgo cubierto, podemos preguntarnos qué ocurre cuando no es posible conocer con absoluta certeza cuál fue la causa mediata de la muerte.

El Tribunal Supremo, acudiendo a un juicio de probabilidad cualificada, ha considerado en ocasiones (como fue el caso de la sentencia 1503/2023, de 27 de octubre, o la Sentencia nº 108/2021) que basta con la existencia de una base fáctica que permita al tribunal "apreciar con un grado de convicción suficiente la influencia decisiva que tuvieron los antecedentes de salud ocultados".

Se trataba de una persona cuya causa de la muerte fue, según la autopsia, una insuficiencia orgánica múltiple, y que tenía antecedentes de cáncer de cérvix, enfermedad pulmonar (tuberculosis) y tabaquismo, sobre los que había sido preguntada y había negado padecer.

VII.- CONSECUENCIAS DE LA INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO

Según el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro deben distinguirse dos supuestos:

Señala el párrafo segundo que:

"El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del se-

guro 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 o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración".

Y en el tercer párrafo, se establece que:

"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".

Como nos dice la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de febrero de 2.022, el párrafo segundo regula los efectos jurídicos de la reserva o inexactitud en la declaración respecto de la subsistencia del propio contrato, mientras que el párrafo tercero no regula la suerte del contrato, sino de la prestación a que da lugar el siniestro (derecho a la indemnización).

Un caso especial es el del tratamiento del cáncer, pues en aplicación del llamado "derecho al olvido oncológico" el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio modificó el último párrafo del art. 10 de la Ley de contrato de seguro, señalando que el tomador de un seguro sobre la vida no está obligado a declarar si él o el asegurado han padecido cáncer una vez hayan transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

Una vez transcurrido el plazo señalado, el asegurador no podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos a efectos de la contratación del seguro, quedando prohibida toda discriminación o restricción a la contratación por este motivo.

En definitiva, el artículo 10, en caso de incumplimiento del deber de declarar, contempla dos supuestos, que corresponden a dos momentos: antes y después de la producción del evento asegurado.

Antes de que ocurra el siniestro (párrafo segundo), la aseguradora que tenga conocimiento de las inexactitudes o reserva dispone del plazo de un mes para rescindir el contrato. La aseguradora hará suyas, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración

Después de que ocurra el siniestro (párrafo tercero), bien sea porque el siniestro haya ocurrido antes de que la aseguradora haga la declaración rescisoria a que se refiere el párrafo anterior (es decir, está en plazo para haber denunciado el contrato, pero no lo ha hecho), bien porque la aseguradora tome conocimiento de la discordancia entre el riesgo declarado y el real cuando ha ocurrido un siniestro (esto es, ni siquiera habría tenido ocasión de rescindir el contrato, puesto que desconocía el incumplimiento del deber de declaración del riesgo -el supuesto más frecuente -).

Ese es el supuesto más frecuente en la práctica de los tribunales: el conocimiento por parte de la aseguradora con posterioridad al siniestro.

En ambos casos la aseguradora queda liberada del pago de la indemnización si medió dolo o culpa grave en el tomador.

Si existió culpa leve, las inexactitudes no exoneran a la aseguradora si bien su responsabilidad debe reducirse aplicando la regla de proporcionalidad prevista en el mismo precepto: la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

A partir de este artículo, que es norma general, el artículo 89 introduce cierta especialidad en el seguro sobre la vida.

Este precepto 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, el artículo 89, ante todo (primer inciso), se remite a lo dispuesto en el artículo 10.

Y a continuación (segundo inciso) contempla la llamada cláusula de indisputabilidad o incontestabilidad.

Determina esta cláusula que transcurrido el plazo de un año, -o el de menor duración que pueda pactarse- la aseguradora ya no podrá ni rescindir la póliza ni reducir proporcionalmente la prestación a la que viene obligada alegando reticencia o inexactitudes parte del tomador del seguro, con el límite de que el tomador haya actuado con dolo, ocultando información a la aseguradora.

Dicha cláusula de incontestabilidad, en definitiva, persigue que, en caso de omisión no dolosa, una vez que haya transcurrido un año (o el plazo más breve que se haya previsto, en su caso, en la póliza) desde la suscripción del seguro, la aseguradora no pueda impugnar el seguro de vida.

Transcurrido dicho plazo la declaración de salud deviene incontestable salvo, se insiste, dolo (destacar que el precepto, a diferencia del artículo 10, no alude a la culpa grave; únicamente al dolo). Esto es, las faltas de diligencia en la declaración no permitirían a la aseguradora liberarse del pago, total o parcialmente.

Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo nº 635/2007, de 11 de junio de 2007, dicha cláusula tiene por objeto dotar de certeza jurídica al tomador del seguro acerca de que la póliza de seguro de vida no va a ser objeto de impugnación a consecuencia de una declaración inexacta o errónea y es acorde con el carácter de seguros de suma que los de vida tienen.

La Sentencia nº 1623/2024, de fecha 3 de diciembre de 2024, dictada en un supuesto en la que se parte de la base de que el tomador del seguro no declaró que padecía dos enfermedades, si bien éstas no tuvieron relación causal con el padecimiento que definitivamente dio lugar a su declaración de incapacidad y constituyó el siniestro objeto de la póliza, examina las consecuencias que dicho extremo tiene respecto de la indemnización.

A ese respecto, el Tribunal Supremo razona que la cláusula de indisputabilidad constituye una excepción a la facultad que el art. 10 de la Ley de contrato de seguro 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 señalando que 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, el Tribunal Supremo establece que 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) momento a partir del cual el contrato de seguro de vida deviene irrescindible, careciendo el asegurador carece de la facultad rescisoria, aunque se haya producido una declaración inexacta del riesgo, siempre y cuando no haya sido dolosa.

Matizando que 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 Ley de contrato de seguro en relación con el art. 1.262 del Código Civil, es decir, desde que las partes prestan su consentimiento y firman la póliza.

Una vez transcurrido el plazo legal o pactado, el asegurador no puede rescindir el contrato ni aplicar la regla de equidad, como lo había mantenido la Sentencia del Tribunal Supremo nº 787/1996, de 30 de septiembre, que declaró haber lugar al recurso de casación contra la sentencia que aplicaba la reducción proporcional y condenó al pago de la prestación íntegra

Para llevar a cabo el cálculo de la sobreprima se aplica la siguiente fórmula:

Indemnización = Suma asegurada x (Prima abonada/Prima que se debió abonar)

Realizaremos un ejemplo práctico para el cálculo de esta sobreprima, suponiendo una póliza con un capital asegurado de 100.000 € con una prima de 500 € a la que se hubiera de aplicar una sobreprima del 50% por los antecedentes de salud no conocidos.

Como quiera que la prima fue de 500 €, si se hubiera aplicado una sobreprima del 50%, la prima real que le hubiera correspondido pagar habría sido de 750 €.

La indemnización resultante de la aplicación de la sobreprima sería de 66.666,66 €, según el siguiente cálculo:

Indemnización= 100.000 € x (500/75) = 66.666 €

VIII.- LA INEXACTITUD EN LA EDAD DEL ASEGURADO

Este caso especial de la inexactitud relativa no a enfermedades, sino a la edad del asegurado, viene regulado en el art. 90 de la Ley de Contrato de Seguro.

El texto de la Ley es tan claro que no se trata de un supuesto que genere en la práctica reclamaciones en la vía judicial.

Establece el art. 90 lo siguiente:

"En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida.

Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses".

Es decir, en primer lugar, se limita la facultad del asegurador de rescindir el contrato de seguro, cuando conozca la verdadera edad del asegurado, cualquiera que sea la causa de dicha inexactitud, salvo que exceda de los límites de admisión establecido por la aseguradora (las bases técnicas, es decir, los cálculos que se llevan a cabo para calcular el coste de la prima).

Si el asegurador advierte al ocurrir el siniestro que el asegurado tenía al contratar el seguro una edad fuera del límite de admisión de las bases técnicas, podrá rescindir el contrato y quedará liberado de la obligación del pago. Obvia decir que la carga de la prueba respecto a la concurrencia de estas circunstancias le corresponde la aseguradora

En segundo lugar, En el caso de que la aseguradora no pueda impugnar el contrato pues la diferencia de edad si entra dentro de los límites de las bases técnicas, se establece la necesidad de conjugar la edad real del asegurado superior a la edad declarada y fijada en las bases del contrato.

En ese caso, si se ha declarado una edad menor a la real, al asegurado le habría correspondido pagar una prima mayor de haber consignado su edad real y como consecuencia de la declaración inexacta de la edad, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida.

En tercer lugar, se regula la hipótesis inversa de que la edad declarada en el cuestionario sea superior a la edad real.

Es decir, al haber declarado tener mayor edad, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, supuesto en el que el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

IX.- ALEGACIONES "TIPICAS" QUE SE PLANTEAN EN LOS PROCEDIMIENTOS CON RELACIÓN AL ART. 10 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Como colofón, me gustaría hacer mención a dos alegaciones que como abogado defensor de aseguradoras de vida veo que se plantean asiduamente en casos en los que la parte demandante cuenta con un cuestionario de salud firmado por el asegurado y en el que claramente se han omitido circunstancias relevantes para la valoración del riesgo por la aseguradora.

La primera alegación típica, muy habitual en supuestos de seguros de vida vinculados a préstamos hipotecarios, es alegar que el asegurado fue "forzado" por la aseguradora a contratar el seguro, que fue una imposición y que realmente no estaba interesado en contratarlo.

A este respecto, el Tribunal Supremo (entre otras en Sentencia de 23 de septiembre de 2005) tiene establecido que el propósito que pueda haber inducido a concertar la póliza de seguro de vida resulta irrelevante en cuanto se refiere a la carga de cumplimentar verazmente el cuestionario que corresponde al tomador del seguro, quien debe dar respuesta a las preguntas que le formula el asegurador.

Como ha señalado el Tribunal Supremo en su Sentencia de fecha 4 de junio de 1999, es irrelevante el aspecto de la redacción material del cuestionario de salud, que, al estar firmado por

el asegurado, se presume que abarca a toda su integración instrumental; es decir, que la persona que firma un escrito asume en su totalidad su contenido en la medida en que nadie le obliga a estampar su firma dónde no quiere.

A lo que se añade que el mero hecho de estar reclamando con base al contrato de seguro supone que se le está dando plena validez y eficacia, es incongruente alegar a la vez un vicio del consentimiento, y reclamar el cumplimiento del contrato en el que concurriría dicho vicio.

La segunda alegación que nos solemos encontrar es que se invoque la falsedad de la firma del asegurado que figura en el cuestionario.

A este respecto, en primer lugar la Sentencia nº 543/2021 de fecha 19 de julio, señala que en los casos en que el cuestionario de salud aparece firmado por el asegurado, es un dato objetivo que las respuestas se corresponden con las manifestaciones efectuadas por éste y que la carga de la prueba de que no se realizaron las preguntas del cuestionario le corresponde a la parte que realiza dicha afirmación, pues infringe el art. 217 de la Ley de enjuiciamiento civil cargar con la prueba sobre la realización de las preguntas del cuestionario a la entidad aseguradora si el cuestionario consta firmado por el asegurado.

Es decir, la carga de la prueba le correspondería a la parte que alega dicha falsedad, o sea al demandante que acciona contra la aseguradora, y en este sentido, la Sentencia nº 7/2020 del Tribunal Supremo Sentencia, de fecha 8 de enero, en la que el asegurado impugnó la autenticidad de la firma del cuestionario sin proponer prueba pericial caligráfica para acreditar dicho extremo, resolviendo al respecto la Sala Primera del Tribunal Supremo que, precisamente porque la firma consta estampada en las dos pólizas le incumbía a la parte que negaba su autenticidad probar este hecho y que en definitiva, lo que no puede pretender la parte recurrente es privar de valor a unos documentos por el mero hecho de haber aducido una falta de autenticidad de la firma que no ha podido acreditar.