

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) n.º 1573/2023, de 14 de noviembre de 2023 [ROJ: STS 4655/2023 - ECLI:ES:TS:2023:4655]

SEGURO DE VIDA VINCULADO A PRÉSTAMO HIPOTECARIO Y CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE DECLARAR EL RIESGO

1. ANTECEDENTES DE HECHO

El 7 de febrero de 2006, por vía de la mediación del agente de seguros José Ángel Rey Hervés, S. L., D. Víctor suscribió con Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S. A. una póliza de seguro de vida anual renovable que cubría, entre otros, el riesgo de fallecimiento con un capital básico de 90.000 euros y los gastos de sepelio, estos últimos con una suma máxima asegurada de 2.250 euros. El primer beneficiario consignado en la póliza era el Banco Pastor, S. A. (actualmente Banco Santander, S. A.), pues el seguro estaba vinculado a un préstamo garantizado con hipoteca que don Víctor y su esposa (D.^a Camila) habían formalizado —y novado después— por importe de 103.420,29 euros; la parte restante del seguro se atribuiría al cónyuge y, en su defecto, a los hijos del matrimonio por partes iguales. Al tiempo de formalizar el contrato de seguro, D.^a Camila emitió una declaración sobre el estado de salud de su cónyuge (asegurado), que el agente de seguros mecanografió de su puño y letra y que D. Víctor ratificó mediante su firma tres días después (el 10 de febrero de 2006).

Lo cierto es que hubo ciertas diferencias entre el documento relativo a la solicitud del seguro y en el que contenía la póliza definitiva. Este último hacía una breve referencia a las patologías del sistema nervioso, sin especificar ninguna en concreto, mientras que el primer documento facilitado (solicitud del seguro) ejemplificaba algunas: «Neuralgias, vértigo, epilepsia, depresiones, etc.». De las respuestas facilitadas por la esposa sobre los antecedentes de salud del asegurado, negó en su declaración que aquel hubiera realizado algún tratamiento médico de más de siete días de duración en los últimos cinco años. Sin embargo, existía un informe médico que acreditaba que D. Víctor sufrió un episodio depresivo en el año 2003, que fue tratado con fármacos durante tres o cuatro semanas. Después de 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.

D. Víctor falleció el 26 de junio de 2015 por causa de violencia suicida debido a un disparo que él mismo se propinó en la cabeza con un arma de fuego. Poco después, su esposa reclamó a la compañía aseguradora que abonara a la entidad de crédito prestamista el importe del capital e intereses pendiente de amortización; respecto del sobrante del seguro, solicitó que se lo ingresaran en su cuenta corriente (de D.^a Camila). La aseguradora rechazó la petición alegando que el fallecimiento traía causa directa de patologías o problemas de salud preexistentes a la firma del contrato y que

el asegurado le había ocultado. Celebrada una conciliación sin alcanzar un acuerdo, D.^a Camila demandó a la aseguradora y al banco, solicitando al juzgado la condena a realizar las prestaciones antes indicadas; la petición de condena a la entidad de crédito era referida al pago del 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 abono. Las sentencias de primera instancia y apelación desestimaron íntegramente la demanda de D.^a Camila; por este motivo, interpuso recurso de casación ante el Tribunal Supremo que fue resuelto por la resolución que aquí se comenta, y sobre la que no realizamos mayores indicaciones del fondo, pues será objeto de examen en los epígrafes siguientes.

2. EL SEGURO DE VIDA VINCULADO A PRÉSTAMO HIPOTECARIO

2.1. Función, práctica y desarrollo normativo

En materia de préstamos otorgados por entidades financieras, es patente la práctica, cada vez más frecuente, de exigir al cliente un número cada vez más creciente de garantías para asegurar la restitución del capital prestado y de los intereses convenidos. La garantía hipotecaria es, actualmente, un refuerzo necesario, pero insuficiente para los prestamistas, razón por la cual ha aflorado la exigencia de formalizar un seguro de vida, donde el asegurado será el prestatario y el beneficiario la entidad de crédito. Así, si el primero fallece, el segundo recibirá, en forma de indemnización, la cobertura total o parcial de la deuda impagada. Como esta práctica es realizada —en casi todas las ocasiones— cuando el cliente prestatario es consumidor, nuestro legislador vino a establecer cierto control en la Ley 5/2019, de 15 de marzo, reguladora de los contratos de crédito inmobiliario (LCI) —que tuvo por objeto la trasposición de la Directiva 2014/17/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de febrero de 2014—.

Respecto del seguro de vida conectado a la hipoteca, dispone el art. 17.3 LCI:

3. Como excepción a la prohibición de las prácticas de venta vinculada contenida en el apartado 1, los prestamistas o intermediarios de crédito inmobiliario podrán exigir al prestatario la suscripción de una póliza de seguro en garantía del cumplimiento de las obligaciones del contrato de préstamo, así como la suscripción de un seguro de daños respecto del inmueble objeto de hipoteca y del resto de seguros previstos en la normativa del mercado hipotecario. En este caso el prestamista deberá aceptar pólizas alternativas de todos aquellos proveedores que ofrezcan unas condiciones y un nivel de prestaciones equivalentes a la que aquel hubiera propuesto, tanto en la suscripción inicial como en cada una de las renovaciones. El prestamista no podrá cobrar comisión o gasto alguno por el análisis de las pólizas alternativas que se le presenten por el prestatario. La aceptación por el prestamista de una póliza alternativa, distinta de la propuesta por su parte, no podrá suponer empeoramiento en las condiciones de cualquier naturaleza del préstamo.

Esta medida se aparta del objeto de la directiva indicada más arriba, que permite la exigencia de contratar productos o servicios accesorios al préstamo, siempre que se realice de manera combinada y no vinculada [la primera modalidad permite la adquisición del crédito por separado a esos productos o servicios accesorios, mientras que la segunda no. Vid.: DÍAZ LLAVONA, C. 2019: «Ley de Contratos de Crédito Inmobiliario, ¿Cambiará algo para la distribución banco-aseguradora?». *Diario La Ley*, 2019, n.º 3527 (consultado en la Ley 3527/2019)]. Y esto último es lo que hace la ley española, si bien con un tratamiento que procura favorecer al consumidor, al permitirle invocar una oferta de seguro mejor a la propuesta por la entidad de crédito, o bien modificar durante el transcurso del préstamo la póliza por obtener unas condiciones mejores que ofrezca la aseguradora actual u otra distinta. Este aspecto no deja de ser un avance, considerando que, antes de la LCI, las entidades exigían formalizar el seguro con una entidad concreta —generalmente una filial de la compañía de crédito— y bajo ciertas condiciones, sin posibilidad de elección para el consumidor [SSAP de Córdoba de 8 de febrero de 2013 (JUR 2013\175542); y de Málaga de 7 de septiembre de 2017 (JUR 2018\86319)].

2.2. El riesgo: régimen del suicidio en el seguro de vida

El seguro de vida constituye el paradigma de los seguros de personas, cuyo riesgo afecta a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado (art. 80 LCS). Como en cualquier modalidad aseguradora, la existencia del riesgo o probabilidad de que acontezca el siniestro es aspecto esencial, sin el cual la póliza sería nula (art. 4 LCS). El seguro de vida se materializa en la posibilidad de fallecimiento del sujeto, o bien en su supervivencia pasado un límite de edad, o ambas (seguro mixto) (art. 83 I LCS). En el supuesto de fallecimiento —donde se centra el seguro vinculado al préstamo hipotecario—, la ley establece alguna previsión respecto de la causa del siniestro que, curiosamente, está muy relacionada con el caso de la sentencia que comentamos. Recordemos que D. Víctor falleció por suicidio, un acto que la LCS regula como una exclusión natural al amparo del art. 93 LCS: «Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado». Se trata de una exclusión con carácter temporal, un plazo de carencia para evitar restar aleatoriedad al seguro si el asegurado hubiera planeado quitarse la vida en un acto solidario frente a los beneficiarios.

En torno al concepto de suicidio, significa el acto de quitarse la propia vida; ahora bien, puede derivar en dos acepciones: en primer lugar, el denominado suicidio voluntario o racional —que es el que infiere la norma— y consiste en ejecutarlo en un estado lúcido y voluntario, una decisión lo suficientemente consciente del propio finado para poder imputarle el acto a su personalidad [STS de 19 de julio de 2002 (RJ 2002/8546);

y SAP de A Coruña de 25 de mayo de 2015 (AC 2015/850)]. Puede ser, a modo de ejemplo, una ingestión voluntaria y desmesurada de fármacos [STS de 31 de mayo de 2004 (RJ 2004/3554)]. En cuanto al plazo de carencia, el seguro de vida no cubrirá el suicidio voluntario durante un año tras la formalización del seguro, salvo pacto en contrario; de este modo, el asegurado puede reconsiderar su decisión. Hablaríamos en este caso de una asegurabilidad limitada del suicidio en el seguro de vida [MARCO ARCALÁ, L. A. 2017: «El seguro sobre la vida». En A. Bercovitz Rodríguez-Cano (dir.): *Contratos mercantiles*, tomo II. Cizur Menor: Aranzadi, 553-836, 598]. En torno al suicidio involuntario, se cubrirá desde el momento en que la póliza despliegue la cobertura, pues en este caso el asegurado carece de voluntad.

El otro tipo de suicidio al que nos referimos es el denominado «involuntario», que no está afecto al plazo de carencia del art. 93 LCS, de modo que es susceptible de operar desde el mismo momento de formalización de la póliza. Implica el acto de privarse de la vida en estado de enajenación mental, donde el sujeto está carente de toda voluntad racional; se da, por tanto, una discordancia entre lo verdaderamente querido y el resultado producido, quedando sobrepasada la intención del agente y produciéndose un «*ultra propositum*» [STS de 26 de abril de 2000 (RJ 2000/2675)]. En el supuesto que comentamos, el fallecimiento se produjo por un acto suicida de disparo en la cabeza por arma de fuego, propiciado por una patología depresiva previa del asegurado. Sin embargo, la cuestión objeto del litigio se centró más en una supuesta inexactitud de la declaración del tomador, aunque este asunto es objeto de examen en el epígrafe siguiente.

3. EL DEBER DE DECLARAR EL RIESGO

3.1. Contenido y alcance

El tomador del seguro tiene un deber, que es eminentemente precontractual, de colaborar con el asegurador al tiempo establecer las condiciones de la póliza declarando el riesgo asegurable [SSTS de 1 de junio de 2006 (RJ 2006/3063); de 15 de noviembre de 2007 (RJ 2007/8423); de 18 de julio de 2012 (RJ 2012/8998); de 10 de mayo de 2018 (RJ 2018/1857); entre otras muchas]. Se trata de una obligación que requiere un buen grado de intervención de la aseguradora, pues es esta la que debe formular una serie de preguntas que el tomador habrá de responder en la medida en que su conocimiento lo permita. Así, dispone el art. 10 I LCS: «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». La

cuestión objeto del litigio reposa sobre la correcta o indebida actuación de la aseguradora en el papel que le corresponde de allanar el camino para que el tomador pueda colaborar en la averiguación del grado de riesgo en el seguro, y así poder establecer las condiciones idóneas en la póliza. La parte actora del litigio resuelto en la sentencia comentada alega una serie de deficiencias y carencias en la base de las preguntas efectuadas en el cuestionario, cuya elaboración es una carga del asegurador. Antes de entrar en las cuestiones concretas del caso, procede ofrecer unas breves notas sobre el papel que cumple el cuestionario respecto del deber de declarar el riesgo en el contrato de seguro.

3.2. Requisitos del cuestionario

El cuestionario es la base —y, por tanto, parte esencial— para la ejecución y el cumplimiento del tomador de su deber precontractual de declarar el riesgo. La LCS es tuitiva en este punto, ofrece una protección específica para el tomador/asegurado, pues el asegurador es la parte más aventajada en el contrato y, por esta razón, corresponde a este elaborar el cuestionario y así delimitar el camino para la averiguación precisa del riesgo. El art. 10 LCS ya indica que sin cuestionario el tomador cumple o, mejor dicho, no incumple su deber de declarar el riesgo, pues queda exonerado en tales casos de dicha obligación. En caso de existencia de cuestionario, solo habrá de responder a las circunstancias conocidas y que sean susceptibles de influir en la valoración de riesgo. Considerando estas premisas, conviene detenernos en algunos aspectos de la actividad del asegurador relacionadas con el cuestionario.

3.2.1. Claridad y adecuación de su contenido: especial relevancia a las enfermedades psíquicas

El cuestionario debe proporcionar preguntas sencillas y claras, de modo que el tomador pueda identificar en su saber con facilidad si la respuesta ha de ser afirmativa o negativa. En el caso de la sentencia comentada, hubo un doble cuestionario (uno al tiempo de solicitar el seguro y otro muy similar —aunque no exacto— en el momento de firmar la póliza) donde se realizaba una pregunta relativa a las enfermedades psíquicas padecidas. Sobre este extremo, la jurisprudencia establece la importancia de efectuar preguntas precisas y no genéricas, lo que supone delimitar con exactitud no solo el concepto que unitariamente puede encuadrar un cúmulo de patologías, sino que, además, procede mencionar todas y cada una de ellas —al menos sobre las que el asegurador tenga especial interés en conocer—. De lo contrario, estaríamos ante una «fórmula demasiado genérica y estereotipada que no reúne los requisitos de claridad y concisión exigidos por la jurisprudencia ya que más que un verdadero cuestionario es una ‘cuestión’ a través de la cual se pregunta conjuntamente por un

cúmulo de heterogéneos datos sobre la salud que pueden hacer difícil dar una respuesta precisa» [SSTS de 14 de febrero de 2022 (RJ 2022/963); y de 22 de junio de 2020 (RJ 2020/3218)]. En el caso concreto, la sentencia que comentamos indicó que

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 a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se refería la compañía. 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 aludirse 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.

En otros casos, cuando las preguntas adquieren una precisión adecuada, solo entonces la responsabilidad de una declaración inexacta recae sobre el tomador/asegurado. Ahora bien, para la existencia de este supuesto es preciso que el entrevistado omita deliberadamente —mediante mentira o evasiva— la contestación a alguna pregunta cuya respuesta conozca en precisión. No sería posible imputar dolo o negligencia grave a quien manifiesta una negativa sobre alguna enfermedad que desconoce, bien porque nunca le fue diagnosticada o porque el diagnóstico de aquella fue comunicado a un tercero (familiar o representante legal), quien no trasladó la información al tomador/asegurado. Por tanto, la omisión ha de partir de un conocimiento que no se exterioriza pese a que el cuestionario lo contempla. La STS de 14 de febrero de 2014 (RJ 2014/856) apreció dolo del asegurado por responder al cuestionario negando haberse sometido a tratamiento durante más de siete días en los últimos cinco años, así como haber padecido enfermedades relacionadas con el sistema nervioso (a título de ejemplo, depresiones). Todo ello a pesar de que, según su historial médico, llevaba tiempo bajo seguimiento de diversos especialistas en psiquiatría y tomaba medicación específica para su patología depresiva, con un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente y trastorno de la personalidad mixto. Por otro lado, La STS de 17 de febrero de 2016 (RJ 2016/543) también apreció la existencia de dolo porque el asegurado ocultó deliberadamente 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: «Venía padeciendo una patología de depresión que condujo a la enfermedad (trastorno bipolar) causante de su invalidez, tratándose de antecedentes depresivos que, lejos de manifestarse de forma esporádica, como episodios aislados, dieron lugar a numerosas crisis que merecieron sucesivas actuaciones de los servicios de atención primaria y que precisaron tratamiento con medicación».

3.2.2. ¿Cumplimentación del cuestionario por tercero distinto del asegurado?

El último punto de este comentario reposa sobre la importancia de que sea el propio tomador asegurado quien conteste a las preguntas del cuestionario y no un tercero. En el caso que nos ocupa, quedó probado que fue cumplimentado por el agente con las respuestas que facilitó la esposa del asegurado; por tanto, no fue el asegurado quien contestó a las preguntas, porque no estuvo presente en ese momento. Además, queda claro que la propia compañía aceptó sin reparo esta circunstancia (respuestas de salud dadas por persona distinta del asegurado), ya que el agente advirtió que la declarante no era la persona asegurada. La cumplimentación del cuestionario de salud es un acto personalísimo del asegurado, pues dicha información es privada y goza de la condición de datos de carácter personal especialmente protegidos; por tanto, la inobservancia de este requisito excluye el dolo o la culpa grave del asegurado [SSTS de 8 de mayo de 2023 (RJ 2023/3236); y de 10 de mayo de 2018 (RJ 2018/1857)].

En realidad, lo determinante para la validez formal del cuestionario no es quién materialmente responde las respuestas en el documento formulario —el asegurado, el personal de la aseguradora o de la entidad mediadora—, sino prescindir de la consulta previa al asegurado para conocer sus respuestas, con independencia de quién las transmita. Así, queda descartada la infracción del deber de declarar el riesgo cuando pueda concluirse que el asegurado no fue directa y personalmente preguntado por esa información relevante [SSTS de 27 de abril de 2023 (RJ 2023/3028); de 1 de julio de 2020 (RJ 2020/2224); y de 30 de junio de 2020 (RJ 2020/2218)]. Así, la sentencia comentada concluye 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».

Martín GONZÁLEZ-ORÚS CHARRO
Profesor Ayudante Doctor de Derecho Mercantil
Universidad de Salamanca
martingorus@usal.es