



REVISTA LEX MERCATORIA  
ISSN 2445-0936



Vol. 9, 2018. Artículo 6  
<https://doi.org/10.21134/lex.v9i1.1524>

# LA DECLARACIÓN DEL RIESGO EN EL SEGURO DE VIDA: LA RELEVANCIA JURÍDICA DEL CUESTIONARIO. La STS (Sala de lo Civil, sección 1ª), de 30 de mayo de 2018 (RJ 2018, 158304).

---

**M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz del Valle**

Profesora Ayudante de Derecho Mercantil  
Universidad Miguel Hernández

La transparencia, entendida como mecanismo de protección de determinados colectivos, es una de las características que a día de hoy presentan tanto los mercados como los sistemas de contratación y que se manifiesta tanto en el ámbito del derecho privado como en el de derecho público. Entre esos colectivos necesitados de una especial protección encontramos a los tomadores, asegurados, beneficiarios y perjudicados que participan en el mercado de los seguros. Como una primera manifestación de esa exigencia de transparencia en el ámbito asegurador destaca el deber de información previa a la contratación que se impone al asegurador por las normas sobre ordenación del mercado asegurador (fundamentalmente Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras). Un segundo cauce de información es el que fluye en sentido contrario: desde el tomador del seguro o asegurado hacia el asegurador en virtud del deber de información precontractual recogido en los artículos 10, 89 y 90 de la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro -en adelante LCS-). Este deber de declaración del riesgo por parte del tomador del seguro ha sido objeto de numerosos pronunciamientos judiciales en los que se ponen de manifiesto las dudas interpretativas que suscita [así MORILLAS JARILLO, M.J., La información previa en la contratación de seguros de personas, Madrid, 2016, para quien “después del art.20 LCS (...) estos preceptos son los que más pronunciamientos judiciales acumulan” (p. 53)]. Al comentario de una de dichas resoluciones vamos a dedicar las líneas que siguen. Antes

de ello, como es de rigor, expondremos las líneas esenciales del régimen legal de este deber tal y como se recoge en la Ley de Contrato de Seguro.

Según el artículo 10 – aplicable al seguro de vida por remisión expresa del artículo 89 de la citada Ley-, “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” (pár. 1).

El asegurador tendrá la opción de rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Y salvo que concurran dolo o culpa grave por su parte, corresponderán al asegurador las primas relativas al periodo de seguro en curso en el momento en que se haga dicha declaración (art. 10, pár. 2).

El incumplimiento de este deber puede ocasionar consecuencias para el beneficiario de la prestación del asegurador pues puede darse la circunstancia de que pierda el derecho a cobrar la prestación contratada. En este sentido conforme al pár. 3 del art. 10 si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador lleve a cabo la declaración a la que nos hemos referido anteriormente, su prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. En otras palabras, la discordancia entre el riesgo que se ha descrito en la

póliza y el real permitiría a la compañía reducir la cuantía de la prestación en proporción a esa discrepancia (siempre que no haya transcurrido un año desde la contratación pues en tal caso operarían las cláusulas de incontestabilidad de art. 89.1, aplicable a los seguros de vida y, por extensión, a los demás seguros de personas). Si medió dolo o culpa grave del tomador, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación siempre y cuando pruebe que el tomador actuó con dolo o culpa grave al declarar el riesgo. De lo dicho podemos extraer la enorme importancia que tiene la calificación de la actuación del tomador del seguro en el cumplimiento de su deber de declarar el riesgo.

Al margen de otras consideraciones que se puedan hacer del contenido del artículo 10, queremos centrarnos en una cuestión vital a los efectos del cumplimiento del deber de declarar el riesgo. Y dicha cuestión no es otra que la importancia del cuestionario para el cumplimiento del mismo.

Como decimos, el cuestionario es clave en la declaración del riesgo. Hay que advertir, sin embargo, que a pesar de que el deber de declaración descansa en el cuestionario, la regulación del mismo en la LSC es muy parca suscitando en la práctica muchas dudas e interrogantes. Así, por ejemplo, son cuestiones que se plantean recurrentemente si el cuestionario ha de revestir una forma determinada; qué ocurre en caso de ausencia de cuestionario o cuándo el cuestionario es defectuoso (sobre estas y otras cuestiones y la respuesta judicial a las mismas, véase MORILLAS JARILLO, M.J., *El deber de información...*, op. cit., pp. 61 y ss.). A ello hay que unir el hecho de que la aplicación del art. 10 es tan casuística que es difícil “acogerse a una línea dogmática clara” [así la SAP de Za-

ragoza (Sección 5ª), de 24 de septiembre de 2014 (JUR 2014\277940)]. Buena muestra es la STS (Sala de lo Civil, sección 1ª), de 30 de mayo de 2018 (RJ 2018, 158304) en la que se resuelve el recurso de casación interpuesto contra una Sentencia de la Audiencia Provincial de Badajoz de 16 de julio de 2015.

El litigio en cuestión versa sobre la reclamación del tomador-asegurado contra su mutua de seguros exigiéndole el pago de las cantidades que decían corresponderle después de que le hubiera sido reconocida una invalidez permanente absoluta. Dicha pretensión, estimada parcialmente en primera instancia, fue desestimada en apelación al apreciarse que el asegurado, médico psiquiatra de profesión, había ocultado dolosamente diversas patologías psíquicas que padecía y por las que venía siendo tratado cuando cumplimentó el cuestionario de salud.

Se consideran hechos probados que con fecha de 1 de diciembre de 2007 el demandante, médico especialista en psiquiatría y que en esa fecha tenía 39 años de edad, suscribió con Mutual Mèdica, un producto denominado M.E.L. (Médicos de Ejercicio Libre), que integraba una serie de seguros que cubrían, entre otros, el riesgo de invalidez. El producto se contrató telemáticamente por el demandante, a través de la propia página web de la mutualidad, mediante un proceso en una de cuyas fases tenía que facilitar algunos «datos personales» (como, por ejemplo, nombre y apellidos, sexo, DNI, fecha de nacimiento, domicilio y número de hijos). Al final del proceso se le pidió que respondiera afirmativamente o negativamente a la siguiente cuestión: « ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o intervención quirúrgica relevante? En caso afirmativo indique de forma detallada cuáles», a lo que el demandante respondió negativamente.

Sin embargo, el demandante llevaba varios años bajo tratamiento médico-psiquiátrico y farmacológico por diversas patologías psíquicas que le habían venido afectando de forma periódica desde su juventud. Así, según la documentación médica incorporada a las actuaciones, con 19 años sufrió el primer episodio depresivo, al que siguieron una serie de patologías que finalmente determinaron su incapacidad (resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de fecha 15 de mayo de 2012).

En agosto de 2012 el demandante remitió a la mutua una copia de la resolución del INSS, a la que ésta contestó requiriendo la aportación de los informes médicos presentados a la Seguridad Social para la valoración de su incapacidad permanente en los que constase la fecha de debut, así como la evolución de la patología. El demandante atendió a dicho requerimiento. A la vista de esta documentación, y por considerar que la patología por la que se reclamaba era previa a la solicitud de inscripción y a la declaración de salud, la mutua rechazó el siniestro anulando los seguros.

Con fecha 6 de marzo de 2014 el demandante promovió el presente litigio contra la mutua en reclamación de una determinada cantidad de dinero en concepto de prestaciones derivadas de los seguros contratados. La mutua demandada se opuso a la demanda alegando que en la contratación del producto el demandante había ocultado intencionalmente datos relevantes sobre la patología psiquiátrica que padecía desde los 19 años al responder negativamente a la pregunta que figuraba en el cuestionario. La sentencia de primera instancia estimó en parte la demanda basándose, fundamentalmente, en las siguientes razones: pese a lo alegado en el

escrito de contestación, no se podía considerar probado que la mutua sometiera al demandante a un cuestionario de salud que tuviera que cumplimentar a través de su página web ni, por tanto, que el asegurado, al suscribir telemáticamente su seguro, hubiera ocultado, respondiendo negativamente, que padeciera alguna enfermedad o que se hubiera sometido a alguna intervención quirúrgica relevante; en cualquier caso, dados los términos de la supuesta pregunta («¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o intervención quirúrgica relevante? En caso afirmativo indique cuáles»), esta tendría tal ambigüedad que no permitiría concluir que el asegurado verdaderamente contestó que no padecía ninguna patología sino que en todo caso habría dicho no padecer una patología «relevante», calificativo que por estar dotado de un importante matiz de subjetividad no podía operar en su contra al incumbir a la aseguradora la formulación de preguntas concretas y no genéricas para valorar el riesgo; por otro lado, aunque era cierto que el asegurado padecía patologías mentales desde los 19 años, también lo era que las mismas no habían sido un obstáculo para su desempeño profesional ininterrumpido sin baja médica hasta febrero de 2009; ni siquiera el hecho de que fuera médico psiquiatra determinaba que se tuviera que considerar probado que le constaba padecer -y por tanto que ocultaba- una enfermedad relevante, pues según su propia apreciación, en atención a su experiencia profesional, bien podía haber considerado sus patologías como no relevantes, por todo lo cual debía descartarse la existencia de dolo o culpa grave.

La mutua recurrió en apelación por considerar improcedente cualquier indemnización, al concurrir dolo del asegurado. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso

de apelación, revocó la sentencia apelada y desestimó íntegramente la demanda. El demandante interpuso contra dicha sentencia recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial.

El recurso de casación se articula en base a dos motivos, fundados ambos en infracción del art. 10.1 LCS, por oposición a la jurisprudencia de la sala 1ª sobre los requisitos formales del cuestionario (motivo primero) y sobre la insuficiencia de su contenido por haberse reducido el cuestionario de salud a una única pregunta, genérica, inconcreta y subjetiva (motivo segundo).

En cuanto al motivo primero, se alega que la jurisprudencia condiciona la validez del cuestionario de salud a que haya sido rellenado de puño y letra y firmado por el propio asegurado [para ello cita las sentencias de 6 de abril de 2001 (RJ 2001, 4784) , y de 4 de abril de 2007 (RJ 2007, 1608)], por lo que no puede otorgarse valor de cuestionario a un «simple pantallazo de ordenador» en el que, según el recurrente, no consta su cumplimentación manual ni firma electrónica o digital del asegurado; y en cuanto al motivo segundo, que la pregunta contenida en el formulario web no podía considerarse un cuestionario en sentido gramatical, sino una pregunta «genérica, inconcreta y planteada aisladamente» que, según la jurisprudencia, no puede liberar al asegurado de su obligación de pago [cita en esta línea la sentencia de 4 de diciembre de 2008 (RJ 2008, 6948)], ya que por el matiz subjetivo de la expresión «relevante», que en la pregunta se puso en relación con enfermedad o intervención quirúrgica, dependía de factores o circunstancias personales que la respuesta, cualquiera que fuera, siempre pudiera ser equívoca y «carecería de entidad

a los efectos de poder ser considerada como inexactitud u omisión dolosa o con culpa grave» a los efectos del art. 10 LCS.

La parte recurrida se ha opuesto al recurso tanto por causas de inadmisión como por razones de fondo. En cuanto al fondo alega: que la razón decisoria está en la apreciación de dolo o engaño, no en la validez formal del cuestionario; que en cualquier caso la sentencia recurrida acierta al apreciar que el asegurado ocultó dolosamente el riesgo de la enfermedad que debía saber que padecía al estar relacionada con su propia especialidad médica, e incluso esperó, para comunicar el siniestro, a que se alcanzara el periodo mínimo legal para percibir pensión pública (15 años); y que en cualquier caso, la sentencia recurrida es conforme con la doctrina jurisprudencial sobre los requisitos que debe contener el cuestionario de salud.

Considera el TS que el recurso debe ser estimado por una serie de razones:

En primer lugar, porque la jurisprudencia sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS lo configura como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que recaen las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto. Y cita en este sentido las sentencias de 12 de diciembre de 2016 (RJ 2016, 5978), de 5 de abril de 2017 (RJ 2017, 2664), y de 4 de octubre de 2017 (RJ 2017, 4232).

Se da por probado el hecho de que el asegurado tuvo que facilitar al sistema los datos por los que se le preguntaba en cada una de las distintas fases o pasos del formulario online y que en el paso 4 se le preguntó expresamente, para que respondiera afirmativa o negativamente sobre sus antecedentes de salud, en los términos ya conocidos y que repro-

ducimos en este lugar: « ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o intervención quirúrgica relevante? En caso afirmativo indique de forma detallada cuáles», a lo que el demandante respondió que no.

Con respecto al primero de los motivos del recurso (si el cuestionario de salud debe o no revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia), sostiene el TS que la decisión de la sentencia recurrida de reconocer validez a la declaración de salud efectuada por el recurrente al cumplimentar el cuestionario incluido en la solicitud de contratación online fue correcta. Y para llegar a esa conclusión se basa en pronunciamientos anteriores del propio Tribunal. Así, la citada sentencia de 12 de diciembre de 2016 (RJ 2016, 5978), la sentencia 482/2004, de 31 de mayo de 2004 (RJ 2004, 482) y la sentencia de 23 de septiembre de 2005 (RJ 2005, 693). En todas ellas se llega a la conclusión de que no se exige una forma especial para lo que se denomina “cuestionario” en la LCS por lo que nada impide que pueda reconocerse plena eficacia a la declaración de salud que, en multitud de ocasiones, se inserta en la póliza.

Si la entidad aseguradora no exige el cuestionario [o declaración correspondiente] debe asumir las consecuencias, porque en el régimen legal no hay propiamente un deber de declaración sino de respuesta del tomador acerca de lo que le interesa de él al asegurador y que le importa a efectos de valorar debidamente el riesgo [así, entre otras, las sentencias de 11 de noviembre de 1997 (RJ 7870, 1997), de 2 de diciembre de 1.997 (RJ 1997, 8773) y 22 de febrero de 2.001 (RJ 2001, 2609).

Resuelto el aspecto formal, se centra la sala en el análisis del aspecto material. En concreto, lo que debe examinar es si el tipo

de pregunta que se le formuló al ahora recurrente fue bastante para que pudiera ser consciente de que, al no mencionar sus patologías mentales, estaba ocultando intencionalmente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo. La aplicación concreta de la jurisprudencia mencionada ha llevado al TS a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario.

Así, esta sala ha negado la existencia de ocultación en casos de cuestionarios (o declaraciones de salud) demasiado genéricos o ambiguos, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitieron al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro [entre las más recientes, las sentencias de 16 de marzo de 2016 (RJ 2016, 851), y de 5 de abril de 2017 (RJ 2017, 222)]. En la misma línea se sitúa la sentencia que comentamos.

En el caso que nos ocupa consta probado que se preguntó de forma meramente genérica al tomador-asegurado si había padecido o padecía en ese momento cualquier enfermedad o intervención que además fuera «relevante». De este modo, dice el TS, “a la inconcreción derivada de la falta de preguntas sobre una patología concreta, de tipo mental, que pudiera asociar a sus padecimientos, se sumaba el empleo de un adjetivo que, como alega el recurrente y argumentó la sentencia de primera instancia, está dotado de un matiz de subjetividad que no puede operar en perjuicio del asegurado, ni siquiera tratándose de un médico especialista en psiquiatría, pues sus conocimientos en la materia, aunque permitan descartar que no fuera consciente de su enfermedad, no implican necesariamente que tuviera que valorar sus antecedentes psí-

quicos como significativos o relevantes, ya que no le habían impedido ejercer su profesión hasta la fecha del siniestro”.

La falta de concreción del cuestionario debe operar, por tanto, en contra del asegurador. Sólo sobre él deben recaer las consecuencias de la presentación de una declaración o cuestionario de salud excesivamente ambiguo o genérico. La propia LCS en el art. 10, pár. 1 exonera al tomador-asegurado de su deber de declarar el riesgo tanto en los casos de falta de cuestionario como en aquellos, como el presente, en que el cuestionario sea tan genérico que la valoración del riesgo no vaya a depender de las circunstancias comprendidas en él o por las que fue preguntado el asegurado.

La estimación de ambos motivos determina la estimación del recurso de casación y, en consecuencia, que proceda casar la sentencia recurrida confirmando la sentencia de primera instancia.

Siendo de suma importancia la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a cabo sin la colaboración del futuro contratante que es quien conoce todas las circunstancias y detalles relevantes.

A tenor de lo expuesto hasta aquí, lo que en principio se configura como un deber del tomador de declarar el riesgo antes de la conclusión del contrato hace surgir un deber correlativo en el asegurador. Hasta el punto de que algún autor considera que, dado que el deber de declaración del riesgo se traduce en un deber de respuesta del tomador al cuestionario, el peso de la iniciativa recae por completo sobre el asegurador lo que constituye una norma tuitiva de la contraparte (MORILLAS JARILLO, M.J., *La información previa...*, op. cit., p. 39). En cualquier caso, el tomador debe cumplir con su deber de forma comple-

ta, veraz, sin reticencias, reservas ni inexactitudes. Será el cuestionario el que determine los límites y contenido de la declaración que haga el tomador. El asegurador, por esta razón, no puede invocar incumplimiento del deber de declaración si no presenta el cuestionario ni hay reticencia del tomador respecto de las circunstancias que no aparezcan en el cuestionario. El cuestionario sirve, por tanto, para indicar al tomador del seguro aquellas circunstancias que el asegurador considera relevantes para la valoración del riesgo y también como límite de las circunstancias que debe declarar. Surge así una carga que pesa sobre el asegurador en relación a la redacción del cuestionario, ya que éste determina el deber del futuro contratante. Esto supone que los aseguradores, por tanto, deben cuidar la redacción del cuestionario e incluir en el mismo todas las cuestiones que consideren relevantes a los efectos de la valoración del riesgo [en este sentido SÁNCHEZ CALERO, F., “Artículo 10. Deber de declaración del riesgo”, *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, SÁNCHEZ CALERO, F., (dir.), Cizur Menor, 2010, pp. 292 y 293].

Otro aspecto interesante del caso analizado es que el tomador del seguro era médico psiquiatra de profesión siendo las patologías mentales que sufría las que determinaron su incapacidad y motivaron la reclamación de la indemnización correspondiente al asegurador. Este dato determina que la mutua demandada en su oposición al recurso de casación alegue que el asegurado ocultó dolosamente el riesgo de la enfermedad que debía saber que padecía al estar relacionada con su propia especialidad médica.

Para la sentencia de primera instancia el hecho de que fuera médico psiquiatra no de-



terminaba que se tuviera que considerar probado que le constaba padecer -y por tanto que ocultaba- una enfermedad relevante, pues según su propia apreciación, en atención a su experiencia profesional, bien podía haber considerado sus patologías como no relevantes. Por ello debía descartarse la existencia de dolo o culpa grave. Recordemos, además, que la cuestión que se le formula (« ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o intervención quirúrgica relevante? En caso afirmativo indique cuáles»), es de tal ambigüedad que no permitiría concluir que el asegurado verdaderamente contestó que no padecía ninguna patología sino que en todo caso habría dicho no padecer una patología «relevante», calificativo que por estar dotado de un importante matiz de subjetividad no podía operar en su contra al incumbir a la aseguradora la formulación de preguntas concretas y no genéricas para valorar el riesgo. En la misma línea se pronuncia el Tribunal Supremo.

Dicho esto, habrá ocasiones en que los Tribunales tendrán en consideración la formación o conocimientos del asegurado ya sea para exonerarle de culpa ya sea para incrementar su nivel de exigencia. En tales casos se hace imprescindible valorar las circunstancias particulares que rodean el supuesto de hecho concreto. Lo que sí está claro es que los Tribunales son especialmente críticos con los modelos de cuestionarios como el de referencia -cuestionarios de respuesta «sí o no»- que no permiten matización o aclaración alguna. Y bien claro deben tener este posicionamiento del TS las aseguradoras: porque sólo así podrán evitar condenas como la de este supuesto. No les conviene, siendo así, hacer caer en el olvido las sentencias del TS de 12 de diciembre de 2016 (RJ 2016, 5978), de 5 de abril de 2017 (RJ 2017, 2664), de 4

de octubre de 2017 (RJ 2017, 4232). Y, desde luego, la que ha motivado estas reflexiones: la reciente STS de 30 de mayo de 2018 (RJ 2018, 158304). En el correcto desempeño de la actividad aseguradora es necesaria la colaboración de todos los sujetos que intervienen en la misma. Parece evidente que sólo mediante una exacta valoración del riesgo se puede decidir por el asegurador si lo asume o no y, en caso de que se decida la celebración del contrato, determinar la prima que debe pagar el asegurado a cambio. Pero esa correcta valoración del riesgo debe siempre ser propiciada por la aseguradora. Y, claro está, desde el momento mismo de presentación del cuestionario. Lo contrario no casaría bien con la buena fe que ha de presidir las relaciones contractuales y, más aún, con la debida protección del consumidor de seguros. Tampoco con la prioridad que ha de darse en el ámbito de las relaciones mercantiles a la interpretación objetiva, independientemente de la intencionalidad perseguida por los sujetos que emitieron las declaraciones de voluntad.