

**JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 4  
ZARAGOZA**

SENTENCIA: 00252/2018

—

AVDA RANILLAS, S/N - EDIFICIO VIDAL DE CANELLAS, ESCALERA F PTA. 3ª

Teléfono: 976-208158, Fax: 976-208645

Equipo/usuario: VGM

Modelo: N04390

N.I.G.: 50297 42 1 2017 0023212

**ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000806 /2017SECCION B 1**

Procedimiento origen: /

**Sobre OTRAS MATERIAS**

DEMANDANTE D/ña.

Procurador/a Sr/a. JOSE ALBERTO BROCEÑO ESPONEY

Abogado/a Sr/a.

DEMANDADO D/ña. BILBAO CIA. ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Procurador/a Sr/a. ISABEL PEDRAJA IGLESIAS

Abogado/a Sr/a.

**S E N T E N C I A nº 252**

**JUEZ QUE LA DICTA:** MAGISTRADO-JUEZ SERRANO GONZALEZ.

**Lugar:** ZARAGOZA.

**Fecha:** nueve de mayo de dos mil dieciocho.

Demandante:

Abogado/a: VICENTE RODRIGO DIAZ

Procurador/a: JOSE ALBERTO BROCEÑO ESPONEY.

Demandado: BILBAO CIA. ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A..

Abogado/a: JESUS ANTONIO GARCIA HUICI

Procurador/a: ISABEL PEDRAJA IGLESIAS.

Procedimiento: PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000806 /2017.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el procurador Sr. Broceño Esponey se presentó demanda de juicio ordinario en nombre y representación de contra BILBAO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS en la que tras alegar los hechos y fundamentos de derecho en ella contenidos, terminaba suplicando se dictase sentencia por la que se condenase a la demandada a la demandada a pagar al actor la cantidad de SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SIETE EUROS CON NOVENTA Y CINCO CÉNTIMOS (78.307,95 €), en concepto de capital asegurado, junto con los intereses contractuales devengados a la presentación de esta demanda, para el caso de Invalidez Permanente Absoluta, los intereses contractuales que se devenguen desde la interposición de la demanda, así como los del art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro, desde la

declaración del siniestro, todo ello con expresa condena en costas causadas en el presente procedimiento.

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la demanda se emplazó a la parte demandada contestando dentro del plazo legal representada por la Procuradora Sra. PEDRAJA IGLESIAS y oponiéndose a la demanda formulada de contrario por escrito en el que terminaba suplicando se dictase sentencia por la que desestimando íntegramente la demanda formulada, se absuelva de la misma a la demandada, con imposición de costas a la demandante.

**TERCERO.-** Previos los trámites se señaló día y hora para la celebración de la audiencia previa a la que comparecieron la parte actora y los Procuradores y Letrados de ambas partes. Abierto el acto por S.S<sup>a</sup> se intentó avenir a las partes sin resultado y se prosiguió la misma con el resultado que obra en autos señalándose día y hora para la celebración del oportuno juicio al que comparecieron la parte actora y los Procuradores y Letrados de ambas partes. Seguidamente se practicó la prueba admitida, cuyo resultado consta en los términos que resultan del visionado y audición del soporte informático correspondiente quedando los autos conclusos para sentencia.

**CUARTO.-** En la tramitación de este procedimiento se han observado las prescripciones legales.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** D. *[Nombre]*, interpone la presente demanda en reclamación de cantidad, que trae causa de la póliza de seguro de vida y de invalidez permanente absoluta, concertada con la demandada en fecha 1 de noviembre de 2008 y en la cual para la garantía de Invalidez Permanente Absoluta, la póliza obliga a la compañía aseguradora a abonar a su asegurado la cantidad de 60.010,00 euros (con un incremento de capital, anual y acumulativo, del 3,00%), para el caso de que "el Asegurado quedase inválido de forma permanente para todo tipo de trabajo". Mediante sentencia de 9 de marzo de 2016, el Juzgado de lo Social nº 7 de Zaragoza declaró al demandante en situación de incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad común, por lo que reclama a la demandada el capital previsto para dicha contingencia en la póliza.

La demandada se opone a esta pretensión y alega, en síntesis, que el demandante ocultó determinados antecedentes médicos cuando contrató la póliza y contestó al cuestionario de salud, lo que constituye una actuación de dolo civil o/y culpa grave que, de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 de la Ley de Contrato del Seguro, determina que la demandada quede liberada del pago de prestación alguna al demandante.

**SEGUNDO.-** De lo expuesto anteriormente resulta que no se discute la contratación, de la póliza de seguro y las coberturas incluidas en la misma. Lo que se discute es, si al contratar la póliza, el demandante incurrió en dolo o culpa grave al contestar a las preguntas de cuestionario de salud, por haber omitido enfermedades y patología previas a su contratación y que, de haberlas conocido, habrían influido de forma decisiva en la valoración del riesgo por parte de la aseguradora demandada.

Sobre esta cuestión, la STS de fecha 5 de abril de 2017 con cita de la dictada en fecha 12 de diciembre, sintetiza la jurisprudencia sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS de la forma siguiente:

1.- Para la jurisprudencia la obligación del tomador del seguro de declarar a la aseguradora, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, se cumple *"contestando el cuestionario que le presenta el asegurador, el cual asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta (SSTS 25 de octubre de 1995 ; 21 de febrero de 2003; 27 de febrero de 2005; 29 de marzo de 2006; 17 de julio de 2007"*.

2.- Para que el incumplimiento del tomador del deber de declarar el riesgo libere al asegurador del pago de la prestación, es necesario, según el artículo 10 II, último inciso, LCS, que *"medie dolo o culpa grave del tomador del seguro"*.

A este respecto, la STS de 4 de diciembre de 2014 señala concurre dolo o culpa grave *"en las declaraciones que tienen como finalidad el engaño del asegurador, aunque no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte (arts. 1260 y 1261 CC), y en las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario "*, debiéndose partir en casación de que *"la determinación de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se debe a culpa grave, es de libre apreciación del tribunal sentenciador, por cuanto, versando sobre la aplicación de conceptos jurídicos, estos han de resultar de los hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial fija y valora (SSTS 12 de agosto de 1993; 24 de junio de 1999; 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999)"*.

3.- El tomador no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario fuera rellenado por el personal de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de aquella, pues lo verdaderamente relevante es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante, de tal forma que, *"en los casos en que el cuestionario es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la*

*determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso, que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso hemos de entender que ha existido una infracción del deber de declaración" (STS de 4 de diciembre de 2014)».*

De todo lo cual se colige que para determinar la existencia de dolo o culpa grave, debe examinarse la existencia de la necesaria correlación entre las preguntas del cuestionario de salud, las respuestas y la naturaleza de las patologías que ha padecido o padece el tomador en ese momento. En este sentido, la STS de fecha 4 de octubre de 2017 señala para justificar que concurrió dolo y culpa grave, que existían en ese caso en concreto "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo cubierto".

**TERCERO.**- En el presente caso, la primera cuestión a resolver es si la demandada sometió al demandante, en el momento de la contratación de la póliza, al cuestionario de salud que se aporta como documento nº 5 de la contestación. En la demanda se alega que nunca se cumplimentó cuestionario de salud por parte del demandante, razón por la cual, de aportarse por la demandada, no sería del actor la firma que figurase en el mismo. Efectivamente, se ha practicado prueba pericial caligráfica que descarta que la firma que figura en dicho documento haya sido realizada por el actor, conclusión a la que puede llegarse, a simple vista, comparando la firma del cuestionario con la indubitada de la póliza o las que figuran en el informe pericial.

Por consiguiente, partiendo de este hecho, esto es, que la firma no es la del demandante, procede descartar que el cuestionario se presentase al demandante y éste contestase a las preguntas que figuran en el mismo. No tiene ningún sentido que ello hubiese sido así y que no lo hubiera firmado y, en cualquier caso, aunque el empleado de la correduría pudiera afirmar que sí que lo contestó pero que por olvido o error no lo llegó a firmar, esta declaración estaría en contradicción con la del demandante, quien dice que no lo cumplimentó, inclinándose la balanza a favor del demandante toda vez que es obligación de la aseguradora observar la mayor diligencia a la hora de presentar el cuestionario, asumiendo el riesgo de no presentarlo o de hacerlo de forma incompleta. En el presente caso, se ha demostrado que la firma que obra en el cuestionario no fue realizada por el demandante por lo que no puede estimarse acreditado que contestase a las preguntas que figuran en el mismo.

La consecuencia de todo lo anterior es que, conforme a lo dispuesto en el último inciso del primer párrafo del art. 10 LCS, el demandante en cuanto que tomador queda exonerado del deber 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,

por lo que la demanda debe ser estimada al no poder concurrir en su actuación dolo o culpa grave que, por tal causa, libere a la demandada del pago de su prestación.

**CUARTO.-** En materia de costas, la estimación de la demanda comporta su imposición a la parte demandada (art. 394 LEC).

Vistos los preceptos legales y demás de general y pertinente aplicación,

## F A L L O

Que estimando la demanda interpuesta por el Procurador D. ALBERTO BROCEÑO ESPONEY, en representación de D. \_\_\_\_\_, contra BILBAO, COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (SEGUROS BILBAO), debo condenar y condeno a la demandada a pagar al actor:

- 1.- La cantidad de SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SIETE EUROS CON NOVENTA Y CINCO CÉNTIMOS (78.307,95 €), en concepto de capital asegurado, junto con los intereses contractuales devengados a la presentación de esta demanda, para el caso de Invalidez Permanente Absoluta.
- 2.- Condenar a la demandada al pago de los intereses previstos en el art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro, desde la declaración del siniestro.
- 3.- Al pago de las costas.

**MODO DE IMPUGNACIÓN:** recurso de apelación, que se interpondrá ante el Tribunal que haya dictado la resolución que se impugne dentro del plazo de veinte días contados desde el día siguiente de la notificación de aquélla. Dicho recurso carecerá de efectos suspensivos, sin que en ningún caso proceda actuar en sentido contrario a lo resuelto (artículo 456.2 L.E.C.).

Conforme a la D.A. Decimoquinta de la L.O.P.J., para la admisión del recurso se deberá acreditar haber constituido, en la cuenta de depósitos y consignaciones de este órgano, un depósito de 50 euros, salvo que el recurrente sea: beneficiario de justicia gratuita, el Ministerio Fiscal, el Estado, Comunidad Autónoma, entidad local u organismo autónomo dependiente.

El depósito deberá constituirlo ingresando la citada cantidad en el BANCO DE SANTANDER S. A. en la cuenta de este expediente 4903 0000 indicando, en el campo "concepto" la indicación "Recurso" seguida del código "02 Civil-Apelación". Si el ingreso se hace mediante transferencia bancaria deberá



incluir, tras la cuenta referida, separados por un espacio la indicación "recurso" seguida del código "02 Civil-Apelación"

En el caso de que deba realizar otros pagos en la misma cuenta, deberá verificar un ingreso por cada concepto, incluso si obedecen a otros recursos de la misma o distinta clase indicando, en este caso, en el campo observaciones la fecha de la resolución recurrida con el formato DD/MM/AAAA.

Así por esta mi sentencia lo pronuncio, mando y firmo.

EL/LA MAGISTRADO/JUEZ,

**PUBLICACIÓN.**— Leída y publicada fue la anterior sentencia en el día de la fecha por la Sra. Juez que la dictó estando celebrando la Audiencia Pública. Doy fe.

BASILEA  
ABOGADOS



COMUNIDAD  
AUTÓNOMA  
DE ARAGÓN