

Las declaraciones de salud en pólizas de vida-invalidéz mediadas por entidades de crédito: la jurisprudencia viene declarando la ineficacia de los cuestionarios sucintos y rellenados directamente por parte de la entidad

Como abogados especializados en derecho de seguros nos estamos encontrando cada vez más con asegurados o familiares de asegurados que acuden a nosotros tras el rechazo de la aseguradora por ocultación de enfermedades o patologías anteriores a la contratación del seguro.

Pese a los más de veinticinco años de vigencia de la Ley de Contrato de Seguro (LEY 50/1980, de 8 de octubre) las aseguradoras siguen utilizando los artículos 10 y 89 de la misma como cajón de sastre para eludir el pago de siniestros de vida-invalidéz alegando preexistencia u ocultación de enfermedades anteriores, pese a la insistencia de nuestros Tribunales y de la doctrina del Tribunal Supremo, que exigen la apreciación del requisito que establece en su párrafo 1º el referido artículo 10, esto es la declaración del asegurado en los términos requeridos por el asegurador mediante cuestionario, quedando eximido el asegurado de declarar aquello sobre lo que no se pregunta. Dicho en otros términos, *la configuración del deber de declaración como deber de responder implica que si el asegurador no hace las oportunas preguntas al tomador del seguro este se encuentra liberado de las consecuencias de ese deber* (Así SANCHEZ CALERO, F “Conclusión, documentación y contenido del contrato”, pág.302), como se dijo autorizadamente dentro de nuestra doctrina, ***la declaración ha de ajustarse al cuestionario del asegurador, de forma que facilitado por el agente de la compañía, será el cuestionario el que determine los límites y el contenido de la declaración*** (Así GARRIGUES, “Contrato”, 2ª Ed. Pág.95). Por ello, el asegurador no podrá invocar incumplimiento del deber de declaración si no presenta el cuestionario, ni hay reticencia del tomador sobre las circunstancias que no aparezcan en el cuestionario, correspondiendo al propio asegurador el deber de diligencia de redactar tal cuestionario y de someterlo al tomador del seguro.

Con el estado de bienestar y el auge del mercado hipotecario de la última década las entidades bancarias se han subido al carro asegurador utilizando las operaciones crediticias para la imposición de seguros de todo tipo a sus clientes y consiguiendo, a través de convenios con aseguradoras e incluso mediante la creación de aseguradoras vinculadas, un doble beneficio; primeramente consiguen un beneficio a través de la comisión por la mediación de la póliza y en segundo lugar aseguran la eficacia de la operación crediticia.

Es en este marco de contratación de seguros de forma masiva donde el incumplimiento de las aseguradoras de preguntar adecuadamente sobre el riesgo halla su caldo de cultivo, con cuestionarios sucintos que rellena automáticamente el empleado de la entidad, preguntas someras sobre la salud en general o incluso llegando a introducir declaraciones del asegurado del estilo “El asegurado declara que está bien de salud...” al pie de la solicitud que se hace firmar al asegurado.

Nos referimos a dos de los muchos casos análogos estudiados por este Letrado donde se pone de manifiesto la ineficacia de cuestionarios y declaraciones de salud en pólizas suscritas en la entidad, **pues en estos casos aparecen más frecuentemente los vicios que acostumbra a adolecer la aseguradora en su obligación de preguntar las circunstancias agravantes al asegurado**, existiendo un menor cuidado de ésta -que suele formar parte del Grupo de empresas de la entidad crediticia o tiene algún nexo societario con la misma- bien en la inclusión, redacción e incluso relleno del cuestionario; que se presenta como un papel más que debe firmar juntamente con los del préstamo, sin distinción ni advertencia de su relevancia.

La Sentencia del Juzgado de 1 Instancia nº 12 de los de Barcelona, de fecha catorce de marzo de 2007, resuelve el caso del SR. A.F.M que suscribió una póliza de vida-invalidéz con BBVA SEGUROS en su oficina de toda la vida de BBVA estando de baja por un problema de la rodilla y habiendo sido tratado, dos años antes, de un síndrome de ansiedad. Un año después le fue detectada una enfermedad mental que determinó su invalidez permanente absoluta declarada por el INSS. No obstante al acudir a la entidad aseguradora ésta le pidió todo su historial médico como requisito a la apertura del expediente y por fin le comunicó el rechazo por ocultación de enfermedades anteriores como el síndrome de ansiedad y la patología de la rodilla.

La Sentencia seguida en los autos de juicio ordinario condena a BBVA SEGUROS al pago de la cobertura y desestima sus alegaciones de ocultación de datos por considerar que las "DECLARACIONES DEL ASEGURADO" no son un verdadero cuestionario de salud tanto por su contenido como por ser suscrito por parte del empleado y siendo la única participación del asegurado su firma.

Advierte la Juzgadora lo genérico del "cuestionario" de salud que se presentó relleno por ordenador antes de su impresión; *"sobre todo, al referirse a si se ha padecido o se padece alguna enfermedad, o cuando se pregunta si se está sometido a algún tratamiento médico, dado que es claro que prácticamente todas las personas pueden responder a ello que si. Y la taxativa respuesta del cliente de que "NO" avala la afirmación del actor de que firmó el documento cuando ya estaba relleno.*

En este marco y a la luz de la STS de 31 de diciembre de 1998 se recuerda que *"...la exoneración del pago en la prestación pactada al amparo del art.10.3 LCS solo tiene lugar en los casos de culpa grave o dolo que supone reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador (...) gozando la aseguradora de una posición predominante que le permite denegar o aceptar el seguro, la omisión del cuestionario por parte del tomador ha de ser examinada teniendo presente la conducta desplegada por la Aseguradora para dar a conocer al actor los extremos que pueden llevar a una denegación de la prestación de cobertura, lo que se proyecta en la necesidad de someterlo a un interrogatorio previo y detallado, no a uno de carácter inespecífico a través de un modelo de adhesión que carece de toda información detallada."*

Se concluye que no se trata, pues, de eximir al asegurado del deber de veracidad sino que, en función de los hechos probados, se considera que aquél no incurrió en dolo ni mala fe contractual en cuanto se limitó a firmar un documento que se le presentaba a la firma ya completo, lo que determina que deba aplicarse el mismo criterio de en la STS de 31 mayo 1997 (EDJ1997/4511) y, en consecuencia, **entender que las circunstancias en que se cumplimentó el boletín de adhesión equivalen a la falta de una verdadera y mínimamente sería presentación del cuestionario a que se refiere el párrafo primero del art. 10 LCS**, lo que determina la imposibilidad de que el asegurado incurriera en dolo o mala fe y, por tanto, la estimación de la demanda íntegramente.

La Sentencia del Juzgado de 1ª Instancia nº 37 de Barcelona, de fecha dos de noviembre de 2006, estudió el caso de los hermanos M.M.P y A.M.P que tras el fallecimiento de su madre acudieron a la aseguradora CASER para reclamar el pago de una póliza efectuada por su madre en su oficina de confianza de la entidad IBERCAJA. La madre había solicitado la póliza teniendo una diabetes mellitus y habiendo sido intervenida de glaucoma en el ojo doce años antes, llevando una prótesis de cristal. Tres años después le fue diagnosticada una metástasis pulmonar y falleció a los pocos meses, alegando la aseguradora a los herederos que no correspondía el pago porque la causante ocultó su verdadero estado de salud.

Hasta el momento de juicio la aseguradora no mostró a los reclamantes el supuesto cuestionario resultando finalmente que se trataba de un Certificado de adhesión a la póliza colectiva suscrita por la entidad bancaria donde, en letra pequeña al pie de la misma, se introducía una declaración genérica del asegurado declarando encontrarse en perfecto estado de salud.

Ya nuestro Tribunal Supremo en STS de 6 de abril de 2001 EDJ2001/5529 puso de relieve la descuidada práctica de las compañías aseguradoras propiciada tal vez por el afán de incorporar el mayor número posible de asegurados al grupo ("vender seguros", en la jerga del sector) para incrementar el volumen de negocio de las compañías aseguradora y tomadora o contratante, cuyo interés en estos casos es absolutamente coincidente **haciendo que los factores puramente técnico- económicos predominen exageradamente sobre los factores sociales**. Trasladándolo a este caso la póliza colectiva a la que se adhirió la asegurada adolece de dicho vicio por cuanto se insertan afirmaciones del asegurado en el

documento de seguro sin recabar su atención sobre el alcance y contenido de las mismas y los efectos que se pretenderán (no cobertura en caso de no ser cierta la afirmación).

La Sentencia estudiada advierte la gravedad de la actuación de la aseguradora y la entidad quienes, como aseguradora y tomadora respectivamente, introdujeron una declaración genérica de buen estado salud y pretendieron, en el acto de juicio, defender su eficacia como cuestionario de salud a los efectos del artículo 10.3 LCS.

Razona la Juzgadora que ; *“aunque la demandada se empeña en considerar como cuestionario las “otras declaraciones del solicitante/asegurado” que aparecen en el boletín de adhesión que constituye el contrato de autos, lo cierto es que dichas declaraciones no pueden identificarse con el cuestionario al que se refiere el artículo 10 LCS.*

*En primer lugar porque **dicho cuestionario, según se establece en el referido artículo, debe ser previo, y las “otras declaraciones del solicitante/asegurado” forman parte del propio contrato, por lo que, evidentemente, no tienen ese carácter previo.***

Y en segundo lugar, porque en ningún caso dichas declaraciones constituyen un cuestionario. Como señala la STS de 31 de mayo de 2004, la jurisprudencia no exige una forma especial para lo que el art.10LCS denomina cuestionario pero como en la referida Sentencia indica, “según la segunda de las acepciones del Diccionario de la RAE, que resulta la más adecuada aquí, es una “lista de preguntas que se proponen con cualquier fin”. Y es que, como su mismo nombre indica, un cuestionario no puede sino estar compuesto de cuestiones, esto es, preguntas, que, como tales, exigen una respuesta expresa de la otra parte.

*Y en el presente caso, en cambio, las “otras declaraciones del solicitante/asegurado” está claro que no son preguntas (...). Estamos pues ante unas simples **declaraciones redactadas unilateralmente por la demandada e incluidas forzosamente en el contrato respecto de las que la asegurada no tenía ningún margen de maniobra a la hora de suscribir el seguro.***”

La falta de un auténtico cuestionario lleva a la Juzgadora a la estimación de la demanda en su integridad.

Concluimos pues que debe prestarse especial atención a las pólizas que nos vienen impuestas con otros productos o que se ofrecen de forma poco convencional (junto con otros productos, mediante promociones...), pues pese a que como hemos expuesto nuestros Tribunales intentan corregir las situaciones puntuales **el problema reside en todos aquellos que aceptan el rechazo de la aseguradora entre otras cosas porque no eran conscientes de la contratación de la póliza** y no esperaban nada de ésta.

Jorge Fuset
-Abogado-