

Jutjat Primera Instància 7 Hospitalet de Llobregat
Av. Carrilet, 2 , cantonada c/Riera Blanca
L'Hospitalet de Llobregat Barcelona

Procedimiento Procedimiento ordinario 588/2013 Sección 4
NIG : 08101 - 42 - 1 - 2013 - 8102745

Parte demandante

Procurador MARIA ELENA DE TEMPLE SALINAS

Parte demandada CATALUNYA CAIXA VIDA S.A. D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES

Procurador JOSE ANTONIO LOPEZ JURADO GONZALEZ

SENTENCIA 125/14

NOTIFICADO
22 MAYO 2014

En Hospitalet de Llobregat, a 19 de mayo de 2.014.

Vistos por mí, Carmen Ortiz Rodríguez, Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia número Siete de los de esta ciudad, los presentes autos de juicio ordinario registrados con el número 588/2.013, promovidos por don , representado por la procuradora doña María Elena de Temple Salinas y asistido por la letrada doña Rosa M^a Mauri Obradors, contra la entidad Catalunya Caixa Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por el procurador don José A. López Jurado y defendida por el letrado don Carlos Codina Moll, y atendiendo a los siguientes,

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La procuradora doña María Elena de Temple Salinas, en nombre y representación de , presentó demanda de juicio ordinario de reclamación de cantidad contra la compañía Catalunya Caixa Vida, S.A. Previa la alegación de los Hechos y los Fundamentos de Derecho que se estimaban aplicables, se acababa solicitando que se dictara sentencia por la que se condenara a la demandada a abonar a la parte actora la cantidad de 12.000 euros, más los intereses legales previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro y las costas causadas.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda se dio traslado de ella a la parte demandada quien, dentro del plazo legalmente previsto, presentó escrito de contestación. Previa la realización de las alegaciones fácticas y jurídicas que se estimaban de aplicación, se acababa interesando la íntegra desestimación de la demanda con imposición a la parte demandante de las costas causadas.

TERCERO.- Convocadas las partes a la celebración de audiencia previa,

en la misma se procedió a la fijación de los hechos controvertidos y a la proposición y admisión de los medios probatorios que fueron estimados pertinentes.

CUARTO.- El día señalado para la celebración del acto de juicio se practicó la prueba propuesta por las partes y declarada pertinente con el resultado que obra en las actuaciones.

Concedida la palabra a los letrados de las partes para formular oralmente conclusiones, quedaron los autos vistos para sentencia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Por la representación procesal de se presentó demanda de reclamación de la cantidad de 12.000 euros en base al contrato de seguro de vida e invalidez suscrito por el demandante y su esposa con Catalunya Caixa Vida S.A. en garantía del préstamo concertado entre aquéllos con Catalunya Caixa siendo ésta última la entidad que figuraba en la póliza como primera beneficiaria del seguro para el caso de producirse el riesgo contratado.

La parte demandada se opone a la pretensión de la actora alegando lo siguiente: 1º) Falta de legitimación del actor por ser la entidad Caixa de Catalunya la primera beneficiaria por el descubierto de cuentas y saldos pendientes de tarjetas de crédito del asegurado y hasta el límite del capital asegurado. 2º) Liberación de la entidad demandada de la obligación de pago de la prestación derivada del incumplimiento por el asegurado del deber de información previsto en el artículo 10.1 de la Ley de Contrato de Seguro. 3º) Subsidiariamente, la reducción del importe de la indemnización; 4º) La no aplicación del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro .

SEGUNDO.- Procede reconocer al actor legitimación para el ejercicio de la acción derivada del contrato de seguro como ha venido reconociendo la jurisprudencia y a la vista de que según contestación al oficio dirigido a Catalunya Caixa la asegurada no ha tenido ningún descubierto en sus cuentas (contestación de fecha 11 de diciembre de 2.013).

TERCERO.- Se opone la entidad demandada, en primer lugar, a la reclamación efectuada por la parte actora alegando su liberación de la obligación de pago de la prestación derivada del incumplimiento por el asegurado del deber de información que a éste le impone el artículo 10.1 de la Ley de Contrato de Seguro. Subsidiariamente, interesa la reducción del importe de la indemnización.

Establece dicho precepto que 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, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. Y añade en el apartado tercero que si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro, quedará el

asegurador liberado del pago de la prestación.

Por lo tanto, de acuerdo con el mencionado precepto sólo cuando las alteraciones u omisiones se deban a dolo o culpa grave del asegurado al emitirse aquélla declaración se producirá la liberación del asegurador, debiendo tenerse en cuenta que tanto el dolo como la culpa grave constituyen elementos fácticos cuya acreditación corresponde al asegurador.

Además, y en lo que atañe a la concurrencia del indicado dolo o culpa grave en la conducta del tomador del seguro, el Tribunal Supremo en sentencia de 30 de septiembre de 1996 ha establecido que "el dolo para ser apreciado ha de corresponder a una reticencia en la omisión de hechos, influyente y determinante para la conclusión del contrato", lo que exige el examen de la conducta del referido tomador y de las circunstancias de la póliza y de la redacción del cuestionario.

En el caso que nos ocupa, y en relación a las circunstancias de suscripción de la póliza y cumplimentación del cuestionario, no ha resultado controvertido que el contrato de seguro de vida e invalidez suscrito por el demandante y su esposa con Catalunya Caixa Vida S.A. (documento 4 de la demanda) lo fue en garantía del préstamo concertado entre aquéllos con Catalunya Caixa en idéntica fecha (documento 3 de la demanda) siendo ésta última la entidad que figuraba en la póliza como primera beneficiaria del seguro para el caso de producirse el riesgo contratado.

Lo anterior, por un lado, pone de manifiesto el interés de Catalunya Caixa en la suscripción del seguro que se concertó con la aseguradora Catalunya Vida y, por otro, la firma del seguro en el referido contexto conduce a pensar que la cumplimentación del formulario de salud pudo convertirse a instancias del propio banco en un mero formalismo sin mediar maquinación fraudulenta del asegurado en su contestación al no llevar éste, como se ha indicado, la iniciativa de la contratación.

Al margen de lo anterior, y en relación a las concretas inexactitudes que entiende la parte demandada producidas en la cumplimentación del formulario y que según sostiene influyeron en la valoración del riesgo, sostiene la pericial aportada por la entidad aseguradora que la asegurada debió contestar afirmativamente a las preguntas primera y segunda por padecer las siguientes patologías; "(...) osteoporosis, fibromialgia, hipoacusia oído D, ansiedad, síndrome de apneas del sueño, disnea de esfuerzo, HTA y síndrome del túnel carpiano izqdo. Juntamente con obesidad y hábito tabáquico importante y una bradicardia sinusal que no requería tratamiento".

En relación a la osteoporosis, la hipoacusia oído D, el síndrome de apneas del sueño, la disnea de esfuerzo, el síndrome del túnel carpiano izqdo, la obesidad, el hábito tabáquico y la bradicardia sinusal que no requería tratamiento no cabe sino traer a colación la STS de 8 de noviembre de 2007 que señala que "el artículo 10, en lugar de concebir de una forma general y abstracta los límites del deber del tomador de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, ha acotado este deber limitándolo a la contestación del cuestionario que le someta el asegurador. Aparece así no un deber espontáneo o independiente del tomador sino un deber de responder a un cuestionario". Y la STS de 4 de enero de 2008 incide en la misma idea al destacar que "el cumplimiento del deber de información que se impone al asegurado debe valorarse en relación con la declaración prestada ante el cuestionario desde el prisma subjetivo de la buena fe en relación con la

finalidad del contrato y el grado de claridad y precisión del cuestionario que se le somete". No haciendo el cuestionario alusión específica a ninguna de dichas patologías ningún dolo o culpa ni grave ni leve cabe apreciar en la respuesta negativa dada por la asegurada a la pregunta segunda.

Por otro lado, y en relación a la fibromialgia, la ansiedad y la HTA también constatadas por el perito, cabe recordar que según la doctrina jurisprudencial la presencia de dolo o culpa grave por la violación del deber de declaración se debe apreciar con criterios objetivos y, así, la ha reconocido el Tribunal Supremo ante la presencia de sintomatología intensa en el momento de rellenar el cuestionario o por el tratamiento reciente de una dolencia (SSTS 25 de noviembre de 1993, 27 de octubre de 1998 y 14 de junio de 2007). También ha dicho el Tribunal Supremo que la omisión en el cuestionario de salud de enfermedades anteriores a su contestación y que no se prueba que entonces se siguiesen padeciendo no es por sí mismo un dolo contractual porque la mala fe o "dolo", para ser apreciado, ha de corresponder a una reticencia en la omisión de hechos, influyente y determinante para la conclusión del contrato

En el caso que nos ocupa, recoge el informe pericial una fibromialgia diagnosticada en el año 2.005 y ansiedad diagnosticada en el año 2.008. La parquedad del informe pericial respecto de la repercusión en la salud de la asegurada y el supuesto tratamiento de dichas dolencias a fecha de la suscripción de la póliza impide apreciar la concurrencia de dolo o culpa en las respuestas dadas al cuestionario. A mayor abundamiento, la testifical practicada acreditó que, hasta la fecha de su fallecimiento, la asegurada desempeñó su trabajo en una empresa de limpieza sin manifestar problemas de salud relacionados con dichas dolencias y sin que ellas motivaran bajas laborales.

Por último, y en relación a la HTA diagnosticada a la asegurada, según informe del Hospital Clínico al que se ha hecho alusión el diagnóstico se produjo aproximadamente un año y medio antes de la defunción y estaba, a dicha fecha, en tratamiento farmacológico. El hecho de que no hubiera afectación de órganos según consta en el informe del Clínic y en el del centro médico en el que se le hizo en octubre de 2.010 el ecocardiograma; el hecho de que la referida hipertensión no impidiera a la asegurada hacer vida totalmente normal sin que consten hasta el fallecimiento problemas de salud motivados por dicha dolencia; la edad de la asegurada y el control de la hipertensión mediante tratamiento farmacológico descartan la concurrencia de mala fe en la asegurada al responder al cuestionario.

Por todo lo expuesto cabe concluir que no ha quedado probado que la asegurada ocultara consciente y voluntariamente a la entidad aseguradora datos relevantes relativos a su estado de salud incumpliendo así su deber de información.

En definitiva, no habiendo quedado acreditada la concurrencia de dolo o culpa grave o leve de la asegurada, procede desestimar las excepciones alegadas por la parte demandada al amparo del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro y estimar íntegramente la demanda.

CUARTO.- Condeno a la parte demandada al pago de los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro por no apreciarse la concurrencia de causas que justifiquen su no imposición.

QUINTO.- Se condena a la entidad demandada al pago de las costas de conformidad con lo dispuesto en el artículo 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

FALLO

Estimo íntegramente la demanda interpuesta por representado por la procuradora doña María Elena de Temple Salinas, contra la entidad Catalunya Caixa Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por el procurador don José A. López Jurado, y condeno a dicha demandada a pagar al actor la cantidad de 12.000 euros, así como al pago de los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro y al pago de las costas.

Notifíquese esta resolución a las partes haciéndoles saber que contra la misma cabe interponer recurso de apelación en el plazo de veinte días.

Así lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- Dada, leída y publicada fue la anterior sentencia por el/la Magistrada que la dictó, estando el/la mismo/a celebrando audiencia pública en el mismo día de la fecha, de lo que yo, la Secretaria Judicial doy fe, en L'Hospitalet de Llobregat, a diecinueve de mayo de dos mil catorce.