

AL JUZGADO

DON ARGIMIRO VÁZQUEZ GUILLÉN, Procurador de los Tribunales y de **CHRISTIAN WILBOR SUCLLA ZAMUDIO**, según Escritura de poderes que se acompaña, comparezco y como mejor en derecho proceda, **DIGO**:

Que en la representación que ostento y bajo la dirección letrada de DON JORGE FUSET DOMINGO, (Colegiado N° 25.380 ICAB), interpongo **DEMANDA DE JUICIO ORDINARIO DE RECLAMACIÓN DE CAPITAL ASEGURADO EN SEGURO DE VIDA - INVALIDEZ**, contra



GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante **GENERALI**), provista de CIF A-28007268 con domicilio en Calle Orense, 2 de Madrid (28020).

PREVIA.- RESUMEN DE LOS HECHOS Y MOTIVO DE LA DEMANDA.-

- Mi mandante pagó un seguro de vida durante varios años y en el momento que sufrió un siniestro la hoy demandada rechazó el pago alegando ocultación del riesgo, esgrimiendo que no había declarado una enfermedad anterior.
- Lo cierto es que en el momento de hacerse el seguro mi mandante estaba trabajando y tenía buena salud, y el seguro se perfeccionó por una comercial que acudió a su lugar de trabajo y sin preguntarle sobre ésta.
- Pese al rechazo de la cobertura la hoy demandada siquió cobrando puntualmente el seguro.
- Este caso es paradigmático de las **prácticas agresivas de las compañías aseguradoras creadas por grandes grupos** para explotar todas las vertientes de negocio y del **“todo vale” para vender un seguro y luego no pagar** diciendo que no habrían asegurado de saber unas circunstancias que, aunque podían fácilmente comprobar, les interesó desconocer en el momento de la contratación.

A continuación, y tras esta pequeña introducción, procedemos a exponer los hechos y fundamentos de derecho;

HECHOS

PRIMERO. - DEL OBJETO DE ESTE JUICIO: DE LA PÓLIZA DE VIDA INVALIDEZ SUSCRITA POR MI MANDANTE EN EL AÑO 2013 Y DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA.-

1.1.- DE LA PÓLIZA CONTRATADA EN EL AÑO 2013: COBERTURA DE INCAPACIDAD PERMANENTE Y ACTUALIZACIÓN DE CAPITAL.-

En **mayo de 2013** mi mandante era comercial en una tienda de MOVISTAR y estando en la misma con otros dos compañeros se presentó una agente de Generali que les ofreció un seguro “VIDA FÁCIL”, convenciéndoles de las bondades de producto; que les **garantizaba una suma de cuarenta mil euros (40.000.-€) en caso de fallecimiento e invalidez.**

Mi mandante tenía 32 años y ningún seguro de vida por lo que llevado por las facilidades prometidas y toda vez que sus compañeros lo vieron interesante y lo contrataron, accedió a la contratación facilitando sus datos a la agente allí en la misma tienda y mientras trabajaban.

Con posterioridad a la contratación mi mandante recibió las Condiciones Particulares del SEGURO “VIDA FACIL”, que entró en vigor el 6 de mayo de 2013 y se prorrogó anualmente; pasándole al cobro los recibos correspondientes en su cuenta.

Concretamente, la póliza tiene los siguientes capitales y coberturas;

PRESTACIONES ASEGURADAS	
GARANTÍA PRINCIPAL:	
CAPITAL DE FALLECIMIENTO (Art. 4 ° 60600/08/GEN)	40.000,00 Euros
GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS:	
ANTICIPO POR INCAPACIDAD PERMANENTE Y ABSOLUTA (Art. 5 ° 60600/08/GEN)	40.000,00 Euros



Se acompaña, como DOCUMENTOS UNO y DOS acreditativos de lo expuesto:
DOC.1 CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO remitidas con posterioridad a la contratación.

DOC.2 RECIBOS CARGADOS EN LA CUENTA.

1.2.- DE LA DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA Y RECHAZO DE LA ASEGURADORA ALEGANDO UNA SUPUESTA OCULTACIÓN.-

En marzo de 2015 mi mandante inició un período de incapacidad temporal por enfermedad común y el Instituto Nacional de Seguridad Social incoó un expediente de incapacidad permanente que finalizó con Resolución de 06/09/16 que declara **la INCAPACIDAD PERMANENTE en grado de ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO, con efectos de 5 septiembre de 2016** y una pensión mensual de poco más de mil doscientos euros.

Cuando una persona relativamente joven como mi mandante, 35 años, lleva un año y medio de baja y le dicen que no podrá volver a trabajar y que sus expectativas de futuro se han reducido drásticamente; su vida da un vuelco de ciento ochenta grados e inicialmente no reacciona.

Este fue el caso de mi mandante, que tuvo que ser advertido por sus compañeros de la existencia de la póliza suscrita en su día y cuya garantía podía ayudarle en su nueva y complicada situación; procediendo a remitir entonces toda la documentación a la aseguradora a través de la agente que en su día medió la póliza.

Tras la apertura el siniestro la hoy demandada no contestó inicialmente y **tras mucho insistir le manifestaron en julio de 2017 que habían rechazado el pago** del siniestro por una supuesta ocultación de mi mandante al contratar el seguro.




Se acompaña como DOCUMENTOS TRES A CINCO, acreditativos de lo expuesto:

- DOC.3 RESOLUCIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA.
- DOC.4 DICTAMEN PROPUESTA DEL INSS.
- DOC.5 CHAT CON LA AGENTE DE GENERALI QUE HACE REFERENCIA AL RECHAZO Y CAUSAS DEL MISMO.


1.3.- DE LA CAUSA DE INCAPACIDAD Y LA SITUACIÓN DEL ACTOR EN EL MOMENTO DE CONTRATAR. INEXISTENCIA DE DECLARACIÓN DE SALUD.-

En el año 2008 mi mandante fue diagnosticado de un tumor cerebral (macroadenoma hipofisiario) que fue intervenido quirúrgicamente siguiendo a continuación radioterapia y recibiendo alta en octubre de ese mismo año. Durante 2009 se hizo seguimiento y nuevo tratamiento de radioterapia con evolución clínica favorable y alta definitiva en enero de 2010.

 **En el momento de la contratación del seguro, mayo de 2013, mi mandante se encontraba recuperado de la intervención quirúrgica de 2008 y del tratamiento posterior, sin secuelas que le impidieran hacer su trabajo y llevar una vida normal.**

En enero de 2015 mi mandante notó una pérdida de visión y acudió a urgencias del Hospital Fundación Jiménez Díaz, advirtiéndose una recidiva del tumor con afectación que debió ser intervenido dos veces y se complicó; iniciándose un período de baja laboral y precisando de varios ciclos de quimioterapia.

El motivo de la incapacidad permanente absoluta de mi mandante es un cuadro clínico derivado de varias patologías¹: *“Microadenoma hipofisario recidivado tres veces. Diabetes insípida residual. Hemianopsia bitemporal completa. Exotropia ojo izquierdo. Hidrocefalia precisando derivación ventriculoperitoneal.”*

-  Se acompaña como DOCUMENTOS SEIS A OCHO Informes médicos del actor;
- DOC.6 INFORME DE LA INTERVENCIÓN DE 2008 Y ALTA ENERO DE 2010.
 - DOC.7 INFORME DE NEUROCIRUGÍA DEL PROCESO INICIADO EN ENERO DE 2015
 - DOC.8 INFORME DE NEUROCIRUGÍA DE 2019, RELATIVO A LA SITUACIÓN ACTUAL

¹ Así DOC.3 DICTAMEN PROPUESTA INSS

SEGUNDO.- DEL FONDO DEL ASUNTO: DEL DEBER DE GENERALI DE ESTAR Y PASAR POR LAS COBERTURAS CONTRATADAS.-

Por lo expuesto hasta el momento habrá apreciado el Ilustre Juzgador la concurrencia de los requisitos para la eficacia de la póliza contratada por mi mandante con la hoy demandada, a saber, la concurrencia del riesgo asegurado siendo éste la INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA (DOC.2).

2.1.- CUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO.-

Amén de la concurrencia del riesgo advertimos que por parte del asegurado se ha cumplido con las obligaciones de los artículos 15 y 16 de la Ley 50/80, del Contrato de Seguro, para ser merecedor de la indemnización, a saber;

Pago de la prima: Por parte del asegurado se designó la domiciliación bancaria para el pago de las primas unilateralmente fijadas por la aseguradora.

Comunicación del siniestro: Tras la declaración de incapacidad permanente absoluta mi mandante presentó la documentación acreditativa y los documentos médicos que se le solicitaron.

2.2- DEL INCUMPLIMIENTO DE LA ASEGURADORA DE SU OBLIGACIÓN DE INVESTIGAR E INDEMNIZAR.-

Habiendo visto la concurrencia del siniestro y el cumplimiento del asegurado de sus obligaciones, por parte de la demandada se ha incumplido con las suyas, puesto que el artículo 18 de la Ley 50/1980, del Contrato de Seguro establece la obligación de la aseguradora de, tras la declaración de siniestro, investigar e indemnizar el mismo. Asimismo, la referida Ley prevé un plazo máximo de cuarenta días para efectuar el pago del importe mínimo conocido y un plazo máximo de tres meses para abonar la totalidad de la indemnización; bajo pena de unos intereses de demora previstos en el artículo 20 y que penalizan el cumplimiento tardío.


Trasladando ello al presente caso resulta que la hoy demandada, **tras serle comunicado el siniestro y aportada la documentación acreditativa del mismo, ha procedido a rechazarlo.**


2.3.- DE LAS RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES.-

Por parte de mis mandantes se han efectuado las gestiones extrajudiciales sin éxito.

2.4.- IMPROCEDENCIA DE LA CAUSA DE RECHAZO.-

El motivo de rechazo de la adversa y su pretendida anulación de la póliza deben ser desestimados por cuanto:

 El deber del asegurado de declarar el riesgo va ligado al deber de la aseguradora de preguntarle sobre el mismo. **SI NO EXISTE CUESTIONARIO NO EXISTE OCULTACIÓN.**

 Las imprecisiones u omisiones no tienen eficacia transcurrido un año desde la contratación de la póliza a no ser que exista dolo del asegurado. En este caso la aseguradora no ha procedido a anular la póliza. **LA INEXISTENCIA DE DOLO SALVA LAS EVENTUALES OMISIONES TRANSCURRIDO UN AÑO.**

A continuación, nos referimos a los referidos motivos para confirmar la procedencia de la cobertura solicitada.

TERCERO.- DE LA INEXISTENCIA DE OCULTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE LA ASEGURADA EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA.-

Al inicio de esta demanda ya hemos anunciado el principal motivo para la estimación de la misma como es el hecho que la hoy demandada no exigió cuestionario de salud, asumiendo por tanto el riesgo².

Además, en mayo de 2013 mi mandante se encontraba bien y trabajando, sin que se le preguntase expresamente por el agente de seguros.

² Según constante jurisprudencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, sintetizada en las sentencias 726/2016, de 12 de diciembre, 72/2016, de 17 de febrero y 222/2017, de 5 de abril, el deber del tomador de declarar el riesgo se configura como un deber de contestación o respuesta a lo que le pregunte el asegurador, sobre el que recaen las consecuencias que derivan de la no presentación de cuestionario o de ser este incompleto.

Dicho lo anterior y cara a la causa de rechazo alegada por la hoy demandada, a continuación, procedemos al estudio de la “ocultación” legal y jurisprudencial para descartarla en este caso.

3.1.- MARCO LEGAL Y JURISPRUDENCIAL DEL DEBER DE DECLARAR EL RIESGO. ARTÍCULOS 10 Y 89 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y JURISPRUDENCIA RECIENTE.-

3.1.1.- LA OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL RIESGO SE LIMITA A LO PREGUNTADO POR LA ASEGURADORA, DEBIENDO ASUMIR ÉSTA LAS CONSECUENCIAS EN CASO DE NO PRESENTARLO O SER INCOMPLETO.-

El art. 10, de la Ley de Contrato de Seguro dispone que:

"El tomador del seguro tienen 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."

Por tanto, el deber legal y precontractual de declaración del riesgo, que impone al tomador del seguro el art. 10 de la L 50/1980, no supone una obligación general y abstracta de declarar todas las circunstancias conocidas por dicho tomador que puedan influir en la valoración del riesgo, sino que **se traduce en el deber más concreto y limitado de contestar verazmente al cuestionario que el asegurador le someta.**

Un ejemplo de la **OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN CASO DE NO EXISTIR CUESTIONARIO** lo encontramos en la **SENTENCIA nº 470/2010 de la Audiencia Provincial de Madrid, Sección 21ª, 12 de Octubre de 2010;** *"El contenido del deber de declaración del tomador queda reducido única y exclusivamente a la contestación del cuestionario a que le someta el asegurador. El tomador no tiene que proporcionar espontáneamente al asegurador circunstancia alguna delimitadora del riesgo por él conocida. Por el contrario, ha de esperar a que el asegurador le formule el oportuno cuestionario, debiendo contestar verazmente a todas las preguntas del cuestionario, pero sin que deba añadir circunstancia alguna ajena a esas preguntas. **De ahí que si el asegurador no le formula el cuestionario no puede el tomador del seguro haber infringido su deber de declaración, al igual que tampoco puede infringirlo respecto de circunstancias distintas de aquéllas a las que se refieren las preguntas del cuestionario (T.S. sentencias de la Sala 1.ª: 795/1997 de 23 septiembre 1997 ; 469/1997 de 14 mayo 1997 ; 468/1993 de 18 mayo 1993 ; 1 febrero 1991 , R.J. Ar. 696.***

3.1.2.- LA CARGA DE LA PRUEBA DEL CUESTIONARIO CORRESPONDE A LA ASEGURADORA:INEFICACIA DE CUESTIONARIOS GENÉRICOS E INCOMPLETOS.-

Existe pues una carga que pesa sobre el asegurador sobre la presentación y redacción del cuestionario, ya que éste ha de determinar el deber del futuro contratante debiendo el asegurador no sólo cuidar la redacción del cuestionario sino también comprender en él todas las cuestiones que se consideren relevantes a los efectos de la valoración del riesgo. Por otro lado, el deber de declaración –aun referido a las preguntas formuladas en el cuestionario- ha de afectar a circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo. Esto quiere decir, en primer término, que la falta de respuesta a alguna pregunta, que sea irrelevante a los efectos indicados, no afectará al deber que pesa sobre el tomador. En segundo término, esa valoración, si bien referida al asegurador, ha de efectuarse de una manera objetiva, en el sentido que ha de tenerse en cuenta la valoración que efectuaría un técnico del ramo o, si se quiere, un asegurador prudente (Cfr. Art.3.1 de la propuesta de directiva de la CEE).

LA JURISPRUDENCIA VIENE APLICANDO DICHO ARTÍCULO 10 LCS EN CASOS DONDE, **ALEGÁNDOSE POR LA ASEGURADORA LA OCULTACIÓN DEL RIESGO, NO PODÍA EXONERARSE DEL PAGO DADO QUE;**



La aseguradora NO HABÍA SOMETIDO A CUESTIONARIO ALGUNO AL ASEGURADO o el cuestionario era confuso, abstracto o incompleto y no preguntaba sobre las circunstancias pretendidamente ocultadas.



El cuestionario había sido rellenado por la propia aseguradora, el agente o mediador, SOLICITANDO ÚNICAMENTE LA FIRMA DEL ASEGURADO JUNTO CON LA DE OTROS DOCUMENTOS, por lo que este no era consciente de la relevancia de las declaraciones que contenía.

La jurisprudencia se ha hecho eco de la carga que pesa sobre la aseguradora desde la entrada en vigor del artículo 10 LCS, así como de la exoneración del asegurado que se añadió como último inciso al artículo 10 con objeto de adaptar el derecho español a la directiva 88/357/CEE. En este sentido nos remitimos, entre otras muchas, a la Sentencia de la Sala 1ª Tribunal Supremo de dieciocho de mayo de 1993³ que, **aun existiendo una enfermedad previa no declarada a la compañía, condena a ésta al**

³ ARANZADI COMUNIDADES RJ 1993/3567

pago de la indemnización dado que el tomador está exonerado del deber de declarar su estado si la compañía no le somete a cuestionario médico o si el referido cuestionario no incluye dicha dolencia.

Sentado que la inexistencia de cuestionario exime al asegurado de la obligación de declarar, mención aparte merece el supuesto que existe cuestionario y éste no hace referencia al supuesto posteriormente controvertido, aun cuando éste hubiera influido en la valoración del riesgo, pues como venimos advirtiendo y a tenor del último inciso del artículo 10, también en este caso queda liberado el asegurador del deber de declarar, adquiriendo en este momento el cuestionario un papel esencial en la contratación y **debiendo obedecer a las máximas de precisión, claridad y concreción por cuanto está redactado unilateralmente por la compañía siendo ésta la responsable de su perfecto conocimiento y comprensión por el asegurado, así como la suscripción por éste del mismo, restando validez a declaraciones genéricas, preguntas oscuras, cuestionarios rellenados por el agente...**, siendo también unánime la jurisprudencia sentada por el Tribunal Supremo en la **SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO Sala 1ª, S 31-12-2003, nº 1234/2003**; *“No debe dejar de señalarse por último, como atinadamente hace también la sentencia recurrida, la propia vaguedad del cuestionario, pues no sólo es excepcional que una persona mayor de cuarenta años “no haya padecido enfermedad alguna ni tan siquiera un simple dolor de cabeza”, según razona el tribunal sentenciador, sino que, además, la colocación en pie de igualdad, dentro de una misma pregunta, del simple “exceso de trabajo” con la meningitis (pregunta 15), de los meros “dolores de cabeza” con la “hipertensión, varices o cualquier otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos” (pregunta 15), de la “tos persistente” con la tuberculosis (pregunta 16), de cualquier padecimiento “de los huesos” o un simple lumbago con la poliomyelitis (pregunta 18) o, en fin, de las “fiebres, gripe grave o anginas graves” con la malaria (pregunta 19), es en sí misma reveladora de una falta de buen sentido en la preparación de los cuestionarios destinados a planes de jubilación o de la poca importancia que la propia aseguradora concedía a tales cuestionarios rebajándolos a un mero formulismo.”*

Sobre el deber de preguntar de la aseguradora, la carga de la prueba y la necesidad de precisión del cuestionario, también se ha pronunciado reiteradamente la AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID, así **SAP Madrid 392/2017, 21 de Diciembre de 2017**;

“2.-Deber de contestación o de respuesta del asegurado.

La doctrina jurisprudencial enseña que el deber de declaración del riesgo contemplado en el art. 10 L.C.S. , más que un deber de declaración, se configura como un deber de contestación o de respuesta por el tomador a las concretas preguntas que se le formulen por el asegurador.

La misma S. T.S. 12.Dic.2016 declara que " La jurisprudencia de esta Sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS (entre las más recientes, SSTS de 2 de diciembre de 2014, rec. 982/2013 y 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013, que a su vez citan y extractan las SSTS de 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999, 11 de mayo de 2007, rec. 2056/2000, 15 de noviembre de 2007, rec. 5498/2000, y 3 de junio de 2008, rec. 154/2001) viene declarando que dicho precepto, ubicado dentro del título I referente a las disposiciones generales aplicables a toda clase de seguros, ha configurado, más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador, ya que este, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Esta configuración se aclaró y reforzó, si cabe, con la modificación del párrafo primero de este art. 10, al añadirse un último inciso según el cual "(q)uedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) 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" (STS de 2 de diciembre de 2014). En consecuencia, 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, rec. 3121/2000)". (STS de 4 de diciembre de 2014)» .

3.-Carga de **probar que las preguntas del cuestionario fueron efectivamente planteadas al tomador**. Así configurado el deber de información como un deber de respuesta, la doctrina jurisprudencial atribuye a la aseguradora la carga de probar que las preguntas del cuestionario fueron efectivamente planteadas al tomador, y que las correlativas contestaciones del cuestionario fueron suministradas por el tomador en respuesta a esas preguntas.

En el supuesto enjuiciado se hace evidente que las respuestas fueron impresas por la entidad bancaria o aseguradora, pues de hecho se cumplimentan mecánicamente con un "NO" impreso en cada uno de los casilleros de respuesta (f. 100). Ello no impediría entender que efectivamente la tomadora contestó negativamente a todas y cada una de las preguntas, siempre que se acredite el hecho controvertido de que el empleado del Banco o aseguradora le planteó todas las preguntas y reflejó las respuestas de la tomadora.

Por otro lado, es incontrovertido que la firma que obra en la declaración de salud, al pie del cuestionario, fue estampada por la tomadora del seguro. De nuevo, no se trata de una circunstancia determinante. Lo relevante no es que exista esa firma, que puede estamparse por indicación o a petición del empleado del Banco o aseguradora sin formular previamente las preguntas del cuestionario, sino que lo decisivo es que se hayan planteado las preguntas, y reflejado fielmente las respuestas. (STS de 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013)".

3.1.3.- DE LA INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA TRANSCURRIDO UN AÑO A NO SER QUE EXISTA DOLO O CULPA GRAVE, DEBIENDO PROBARLO LA ASEGURADORA.-

Finalmente, y como complemento del referido artículo 10 LCS en el caso de seguros sobre la vida es de aplicación la especialidad del artículo 89 LCS que contiene una CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD según la cual el asegurador no podrá impugnar el contrato ni reducir la prestación una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo. **La concurrencia de dolo o culpa grave del asegurado o del tomador en la declaración del riesgo corresponde acreditarlo al asegurador.**

Tampoco la jurisprudencia ha calificado siempre como constitutivas de dolo o culpa grave algunas respuestas inveraces al cuestionario. Circunstancias tales como la antigüedad de la enfermedad, la poca o nula influencia en el resultado, la falta de concreción de las preguntas, pueden hacer que la falta de veracidad no merezca el calificativo de dolosa. Así nos referimos a algunos ejemplos de nuestro Alto Tribunal;

- La STS de 15 de julio de 2005 no consideró dolosa la ocultación de haber padecido una enfermedad hepática porque en la fecha de la contratación del seguro "su función hepática era normal, y en tal sentido se manifiesta el resultado de las analíticas que se le efectuaron, su actividad era normal y no tenía prescrito tratamiento médico específico alguno", y ello a pesar de que el fallecimiento tuvo lugar como resultado imprevisible de la dolencia anterior.
- La STS de 15 de diciembre de 2005 no considera dolosa la respuesta negativa a la pregunta ¿tiene alguna alteración física o funcional? a pesar de que en la fecha de la contratación del seguro hacía 18 meses que el asegurado había sido tratado de cirrosis, con ingreso hospitalario, y de que falleció diez años después "por descompensación de su cirrosis hepática, con hemorragias digestivas por varices esofágicas y erosiones gástricas".



DEL MISMO MODO QUE EL DEBER DE DECLARAR DEPENDE DEL CUESTIONARIO QUE DEBE PRESENTAR LA ASEGURADORA, EL DOLO SE JUZGA EN RELACIÓN CON LAS RESPUESTAS DADAS AL CUESTIONARIO.

Respecto de la **INEXISTENCIA DE DOLO EN EL CUESTIONARIO NOS REMITIMOS A LA JURISPRUDENCIA DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE MADRID:**

Sobre la inexistencia de dolo respecto de no declarar una **ENFERMEDAD PREEXISTENTE PER QUE LE PERMITIÓ DURANTE AÑOS TRABAJAR**, véase **SAP MADRID 201/2018, 6 DE JUNIO DE 2018, SECCIÓN 20ª RECURSO 358/17**; *“Por último tampoco ha sido constatado que la afectación severa de la función visual congénita que dio lugar al reconocimiento de la incapacidad permanente absoluta, esto es con el alcance y gravedad que se reconoce en la revisión de 9 de enero de 2013, hubiera concurrido con igual intensidad al tiempo de renovación del seguro, habida cuenta de la edad del asegurado -42 años- y el normal desempeño de su actividad profesional como asesor fiscal en el que se ha mantenido el asegurado hasta sus 57 años.*

Como colofón, atendiendo al contenido del cuestionario analizado, al hecho de que Dº Mario no fuera sometido a ningún tipo de examen médico por la aseguradora demandada en el año 1997 en los términos antes expuestos, en relación con el dato fáctico del puntual abono por su parte de la prima fijada, durante más de 30 años - 27 años si se atiende a la fecha admitida por la demandada-, a nuestro juicio no concurren elementos serios de convicción para reputar acreditada la existencia de una voluntad deliberada de ocultación por parte del tomador -cuya carga de probar compete al asegurador en recta aplicación de los criterios establecidos en el art 217LEC - por cuanto que de ser consiente de tal deficiencia invalidante y de concurrir esta voluntad de falseamiento de datos, no hubiera dejado transcurrir tan dilatado plazo para obtener la declaración de incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo, lo que conlleva la exclusión de la existencia de dolo o culpa grave a los efectos del apartado 5 del epígrafe B.2 de las Condiciones Generales y del artículo 89 LCS, no derivando de esta omisión efecto alguno, máxime, si se tiene en cuenta este especial modo de contratación por adhesión en que la confección del clausulado contractual es obra del predisponente y los problemas de interpretación deben ser resueltos en el sentido más favorable para el adherente asegurado, y en el que la declaración de salud a través de una > . (STS 157/2016, de 16 de marzo)hace descartar que el asegurado haya infringido el deber de contestación o respuesta que le impone el art 10 LCS.”

EN CASO DE CUESTIONARIO GENÉRICO, véase **en Sentencia nº 431/2011 de AP Madrid, Sección 8ª, 7 de Noviembre de 2011**; *“Por otro lado el CUESTIONARIO REDACTADO POR LA ASEGURADORA PUEDE CALIFICARSE DE GENÉRICO. La sentencia de la AP Vizcaya, sec. 4ª, de 29-11-2010 (EDJ 2010/356523), ante un cuestionario idéntico señala que " El contenido esquemático y breve del cuestionario presentado al asegurado, y sobre todo el carácter excesivamente genérico de las preguntas sobre el particular, **nos lleva a concluir que las mismas no deben ser tenidas en consideración.** Tal criterio cuenta su apoyo en una constante doctrina jurisprudencial que protege al asegurado frente a las*

cláusulas oscuras debiendo asumir la aseguradora las consecuencias jurídicas de la ambigüedad de dicha pregunta (véanse sentencias del T.S. de 20 de marzo de 1991 EDJ1991/3016, 11 de abril de 1991 y 7 de febrero de 1992 EDJ1992/1073)...A pesar de la relevancia que adquiere el cuestionario, y de la diligencia con que debe ser cubierto, en el concreto caso que nos ocupa, partiendo de que el tomador y asegurado se limitó a negar que padeciera una "limitación física o psíquica", "enfermedad crónica" o "tratamiento médico" en los boletines de adhesión, **dichas preguntas indeterminadas y genéricas equivalen a una falta de presentación del cuestionario cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado**, máxime si se entiende como sensación subjetiva limitativa de su actividad, sin que sea dable que se traslade al paciente la sensación de qué deba entenderse por la percepción subjetiva de crónica o tratamiento médico (SSTS de 31 diciembre 2003 EDJ2003/186221, 6 de abril de 2.001 EDJ2001/5529 y 31 de mayo de 1997 EDJ1997/4511, entre otras). TENIENDO EN CUENTA TODO LO DICHO, COMPARTE ESTE TRIBUNAL LA VALORACIÓN REALIZADA POR LA JUZGADORA "A QUO" DE QUE NO EXISTE AQUÍ DOLO O CULPA GRAVE, QUE PERMITA A LA DEMANDADA EXONERARSE DE LA INDEMNIZACIÓN CONTRATADA, capital ascendente a 79.500 #, que no se discute y que procede confirmar.”

Sobre la CARGA DE LA PRUEBA DEL DOLO se pronuncia la SAP MADRID 298/2017, 26 DE SEPTIEMBRE DE 2017;“Evaluada esa contradicción, se estima que prevalece el dato de hecho plenamente probado de que el tomador del seguro, en Abril de 2012 y hasta Octubre de 2014, no sufría patología ni limitaciones visuales que le impidieran dedicarse a su trabajo habitual de limpiador, frente a la opinión emitida por el perito. Pero, en todo caso, **ante la concurrencia de pruebas contradictorias, el hecho controvertido permanecería incierto en perjuicio de la parte que soporte la carga de probarlo (art. 217.1 L.E.c .).** Y tratándose del dolo o culpa grave del asegurado a que se refiere el art. 10 L.C.S ., la carga de la prueba incumbe a la entidad aseguradora que lo introduce en el debate procesal (art. 217.3 L.E.c .).

Por cuanto queda expuesto, acogiendo el recurso de apelación interpuesto, se concluye que el siniestro objeto de aseguramiento, consistente en la incapacidad absoluta permanente declarada mediante Resolución del INSS el 20 de Enero de 2015, está incluido en la cobertura de la póliza de seguro suscrita por los litigantes el 31 de Agosto de 2012, y no resulta afectado por ninguna de las exclusiones pactadas, entre ellas la relativa a enfermedades originadas con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, o a la actuación dolosa o con culpa grave del asegurado al cumplimentar la declaración de salud. Además de todo lo anterior, la propia imprecisión y generalidad de las preguntas del cuestionario impediría en todo caso apreciar dolo o culpa grave en las omisiones del asegurado, tanto al concertar la póliza, como con posterioridad. Lo que significa que el asegurador en ningún caso quedaría liberado del pago de la prestación (último inciso del párrafo tercero del art. 10).”

Finalmente, y volviendo a la STS, SALA 1ª Nº 1234/2003, de 31 de diciembre dispone que **LA MALA FÉ VA LIGADA AL CONTENIDO DEL CUESTIONARIO** “*La buena o la mala fe también pueden valorarse a la vista de los términos del cuestionario. Esto es así porque si la mala fe se predica de la respuesta que se da a las preguntas del cuestionario no es lo mismo una pregunta concreta que no admite más que una respuesta, que una pregunta vaga o general, ni es lo mismo una pregunta general con varias respuestas posibles, que una pregunta general con una sola respuesta, ni es lo mismo que la respuesta obre de propia mano del asegurado, a que la respuesta consista en una cruz puesta sobre una casilla posiblemente por el agente del asegurador que redacta el documento. En este caso la pregunta que se hace es genérica, y la respuesta consiste en un sí o un no. No se pregunta por enfermedades o limitaciones concretas que puedan influir en la valoración del riesgo, sino por cualquier enfermedad o limitación en general, y la respuesta es una cruz que posiblemente puso el agente. TODO LO CUAL ABUNDA EN LA FALTA DE LA NECESARIA MALA FE PARA APRECIAR EL DOLO O LA CULPA GRAVE EN LA RESPUESTA AL CUESTIONARIO.*”.

3.2.- REFERENCIA A LAS SENTENCIAS DICTADAS POR AUDIENCIAS PROVINCIALES EN RELACIÓN CON EL “CUESTIONARIO DE SALUD” DE LA HOY DEMANDADA, GENERALI: NO PUEDE CONSIDERARSE CUESTIONARIO DE SALUD LA PRESENTACIÓN DE CUATRO PREGUNTAS GENÉRICAS.-

A lo largo del apartado anterior hemos hecho referencia a la que la ocultación del asegurado exige que la aseguradora haya preguntado expresamente y la jurisprudencia se ha referido extensamente a este deber de preguntar que el artículo 10.LCS impone a la aseguradora.

En este caso ya hemos visto que **mi mandante no recuerda haber contestado a preguntas de salud,** pero en cualquier caso **nos referimos a varias sentencias de Audiencias Provinciales que han ratificado la condena a GENERALI y la inexistencia de dolo por la falta de precisión del cuestionario.** Así, entre otras ;

SENTENCIA AUDIENCIA PROVINCIAL DE ISLAS BALEARES, Sección 4ª, núm. Sentencia núm. 206/2020 de 28 mayo.⁴; **SEXTO.-** *Llegados a este punto y teniendo en consideración el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro, discrepa la Sala con el criterio de la juzgadora, en concreto con la equiparación que parece realizar sobre la consciencia o inconsciencia en la negativa del Sr. Eutimio de padecer la depresión por el fallecimiento de su hija, ya que desde luego el dolo, pero también la culpa grave requieren saber o, al menos haber*

⁴ ARANZADI FUSION JUR 2020\194095

debido conocer con una mínima diligencia, que se estaba negando una patología importante por la que la aseguradora preguntaba. En tal sentido, es muy clara la S.T.S. nº 81/2.019, de 7 de febrero, cuando afirma que "la infracción del deber de exactitud en la respuesta al cuestionario no puede ser ajena al conocimiento por el tomador de la relevancia de las circunstancias sobre las que debe declarar".

Retornando ahora al cuestionario de salud que cumplimentó el Sr. Eutimio, destacaremos en este momento dos circunstancias: el dolo o la culpa grave del Sr. Eutimio al rellenar el cuestionario ha de referirse exclusivamente a sus letras n) y o), comprensivas respectivamente de trastornos neurológicos y problemas psicológicos o psiquiátricos, pero no al apartado v), relativo a alguna otra enfermedad no mencionada, que por su inconcreción y generalidad no contiene carece de elementos que pudieran llevar al tomador a pronunciarse positivamente. La segunda circunstancia se relaciona con el contenido del escrito de contestación al recurso de apelación, puesto que no aparece pregunta alguna incluida en el cuestionario que especificara las enfermedades neurológicas, como epilepsia, parkinson, esclerosis, ansiedad o depresión.

Otro punto que consideramos esencial y que se encuentra asumido en la sentencia de primera instancia, de acuerdo con el resultado de la prueba practicada, es que la dolencia del Sr. Eutimio deriva fundamentalmente de una depresión producida por la muerte de su hija pequeña. Y con independencia de que con posterioridad a la suscripción de la póliza Don Eutimio hubiese sufrido la enfermedad de Alzheimer, no hay base probatoria para afirmar que cuando contrató con GENERALI, S.A. fuera consciente el tomador de que ya sufría esta enfermedad neurológica siquiera en sus primera manifestaciones, no pudiéndose tampoco calificar su respuesta negativa como gravemente negligente. (...)

Por lo que se refiere a la negativa en el cuestionario de sufrir enfermedades psiquiátricas o de corte psicológico, consideramos que si en la fecha de suscripción de la póliza el Sr. Eutimio experimentaba una mejoría de su depresión por la muerte de su hija, podía entender razonablemente que no padecía una enfermedad de este tipo, por la que además no estaba diagnosticado, sin olvidar que no se le preguntaba específicamente por el hecho de sufrir una depresión. Es decir, no hay base probatoria suficiente, cuya carga correspondía a la demandada como para concluir en este supuesto específico y con base en los elementos probatorios practicados, que la clase de preguntas efectuadas por la aseguradora pudieran llevar al Sr. Eutimio a saber con un mínimo de diligencia por su parte que debía responder positivamente a los apartados de enfermedades neurológicas, psiquiátricas y psicológicas y que, en definitiva, al no hacerlo así ocultaba dolosamente o con culpa grave datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro que, no lo olvidemos, tuvo lugar por una enfermedad de Alzheimer cuya gravedad se manifestó meses después de la contratación del seguro.

3.3.- TRASLADANDO LA LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA AL PRESENTE CASO. INEXISTENCIA DE OCULTACIÓN AL NO EXISTIR CUESTIONARIO. INEXISTENCIA DE DOLO.-

Aplicando el referido marco legal y jurisprudencial **no pueden prosperar los argumentos de la hoy demandada para eludir su pago.**

La aseguradora únicamente puede alegar ocultación del riesgo si:

La asegurada, a sabiendas de su estado, hubiera ocultado datos sobre aquellas circunstancias que le preguntaba la aseguradora, bien sea mediante revisión médica o mediante cuestionario de salud

Siempre y cuando éste último sea preciso y concreto y haya preguntado expresamente los extremos controvertidos, habiendo participado y firmado la asegurada

Exista dolo o culpa grave del asegurado al contestarlo el cuestionario, correspondiéndole a la aseguradora la prueba.

Trasladando ello al presente caso, advertimos que:

NO TENEMOS CONSTANCIA DE UN CUESTIONARIO DE SALUD.

EN CASO DE EXISTIR NO NOS CONSTA QUE FUESE CONCRETO E HICIERA REFERENCIA A LOS ANTECEDENTES ALEGADOS, NI QUE FUERA CUMPLIMENTADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.

EN CUALQUIER CASO, NO EXISTE DOLO DEL ASEGURADO PUES EN EL MOMENTO DEL CONTRATO HACÍA AÑOS DESDE EL ALTA MÉDICA DE LA INTERVENCIÓN DE 2008 Y PODÍA TRABAJAR Y LLEVAR VIDA NORMAL.



POR TANTO, **NO EXISTIÓ OCULTACIÓN DEL ASEGURADO** Y PROCEDE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN PACTADA.

CUARTO.- DE LA INDEMNIZACIÓN QUE SE SOLICITA: CUANTÍA DE LA DEMANDA.-

Por todo lo expuesto podemos concluir el deber de la hoy demandada de estar y pasar por la póliza, cubriendo la contingencia de INVALIDEZ PERMNETE ABSOLUTA y pagando el importe pactado.

Acerca del importe a indemnizar será la cantidad correspondiente al capital asegurado en la última actualización, que de conformidad con la póliza es de **CUARENTA MIL EUROS (40.000.-€)**.

En atención al artículo 253 de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil y de conformidad con las reglas del artículo 251 y 252 del mismo Texto Legal, **la cuantía de la presente demanda se corresponderá con el importe del principal reclamado ascendiendo a 40.000.-€**; sin que se tenga en cuenta a estos efectos los intereses legales y la condena en costas.

QUINTO.- DE LOS INTERESES DE DEMORA: PROCEDENCIA DE LOS INTERESES DEL ARTÍCULO 20 LCS.-

Hemos visto que la hoy demandada tuvo conocimiento del siniestro en junio de 2017 (DOC.4) y que transcurridos tres meses no ha abonado la indemnización, por lo que de conformidad con el artículo 20 LCS corresponderá el pago de intereses de demora.

En cuanto a los intereses de demora, la Sentencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, S 17-5-2012, nº 328/2012, rec. 1427/2009 establece:

"Según ha venido entendiendo la jurisprudencia de esta Sala (SSTS de 29 de junio de 2009, RC núm. 840/2005 ; 7 de junio de 2010, RC núm. 427/2006, 12 de julio de 2010, RC núm. 694/2006 ; 22 de noviembre de 2010, RC núm. 400/2006 y 28 de junio de 2011, RC núm. 1968/2007 EDJ, entre las más recientes), del tenor literal de la norma citada -en su redacción original, aplicable a los siniestros ocurridos durante su vigencia (SSTS de 26 de marzo de 2009, RC núm. 469/2006 ; de 22 de noviembre de 2010, RC núm. 400/2006 y de 10 de noviembre de 2010, RC núm. 882/2007, entre otras)-, resulta con claridad que el beneficio de la exención del recargo se hace depender del cumplimiento de la obligación de pago o consignación en plazo (tres meses siguientes a la producción del siniestro), y, además, cuando sean daños personales con duración superior a tres meses o cuyo exacto alcance no puede ser determinado tras la consignación, de que la cantidad se declare suficiente por el órgano judicial a la vista del informe forense si fuera

pertinente, siendo este un pronunciamiento que debe solicitar la aseguradora. Faltando estos dos presupuestos, no cabe reconocer a la conducta desplegada por la compañía de seguros los efectos impeditivos de la producción de mora que contempla la norma.

Por otra parte, si bien de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20.8.º LCS , la existencia de causa justificada implica la inexistencia de retraso culpable o imputable al asegurador, y le exonera del recargo en que consisten los intereses de demora, en la apreciación de esta causa de exoneración esta Sala ha mantenido una interpretación restrictiva en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (SSTS 17 de octubre de 2007, RC núm. 3398/2000 ; 18 de octubre de 2007, RC núm. 3806/2000 ; 6 de noviembre de 2008, RC núm. 332/2004, 7 de junio de 2010, RC núm. 427/2006 ; 1 de octubre de 2010, RC núm. 1314/2005 ; 17 de diciembre de 2010, RC núm. 2307/2006 ; 11 de abril de 2011, RC núm. 1950/2007 y 7 de noviembre de 2011, RC núm. 1430/2008).”

*En atención a esta jurisprudencia, si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para que la oposición de la aseguradora se valore como justificada a los efectos de no imponerle intereses ha de examinarse la fundamentación de la misma, partiendo de las apreciaciones realizadas por el tribunal de instancia, al cual corresponde la fijación de los hechos probados y de las circunstancias concurrentes de naturaleza fáctica necesarias para integrar los presupuestos de la norma aplicada. Esta interpretación **descarta que la mera existencia de un proceso, o el hecho de acudir al mismo, constituyan causa que justifique por sí el retraso, o permita presumir la razonabilidad de la oposición**. El proceso no es un óbice para imponer a la aseguradora los intereses a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación misma de indemnizar (SSTS 7 de junio de 2010, RC núm. 427/2006 ; 29 de septiembre de 2010, RC núm. 1393/2005 ; 1 de octubre de 2010, RC núm. 1315/2005 ; 26 de octubre de 2010, RC núm. 677/2007 ; 31 de enero de 2011, RC núm. 2156/2006 y 1 de febrero de 2011, RC núm. 2040/2006).”*

Aplicando la doctrina expuesta al presente caso apreciará Su Señoría que no se aprecia la concurrencia de causa justificada para el impago porque la responsabilidad existe desde la fecha del siniestro, es decir, desde la fecha de la declaración de incapacidad.

Por ello la cantidad objeto de condena devengará los intereses legales el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, desde la fecha del siniestro computados en los dos primeros años al interés legal incrementado en un 50 % y a partir del segundo año al 20% anual.”

En este sentido nuestra Audiencia Provincial ha condenado en caso análogo, así **SAP MADRID 392/2016, 28 DE NOVIEMBRE DE 2016, SECCIÓN 10ª**; *En contra de lo argumentado en el recurso, no se aprecia la concurrencia de ninguna causa que justifique el grave e infundado retraso de la compañía aseguradora para satisfacer la indemnización pactada, o cuando menos dar cumplimiento a lo previsto en el art. 20 L.C.S., regla 3ª, a cuyo tenor "Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro". Así como a lo establecido en la cláusula 5º.5.G de la póliza, donde Allianz anuncia un pago provisional equivalente a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber a la vista de las circunstancias concurrentes, a cuenta de la definitiva prestación, a los cuarenta días de comunicación del siniestro. Como razona la sentencia apelada, dicha cláusula "actúa como un auténtico reclamo para el contratante", lo que agrava la pasividad de la aseguradora. Se excusa la apelante afirmando que la etiología suicida del fallecimiento del tomador, en una póliza que no otorgaba cobertura al fallecimiento por suicidio durante el primer año, justificaba el impago de la indemnización, al producirse dicho fallecimiento un año y cuatro meses después de concertarse el seguro. Pues ello generaba sospechas de posible dolo del asegurado, o de concurrencia a la agravación del riesgo, o de ocultación de antecedentes clínicos psiquiátricos. Circunstancias todas ellas que le permitirían exonerarse del deber de pago de la indemnización.*

Mediante el anterior planteamiento olvida la aseguradora que la exoneración del deber de pago, precisamente, presupone la existencia de ese deber, y la ulterior concurrencia de una causa de extinción de la obligación legal y contractualmente soportada. Lo que significa que Allianz estaba obligada, como premisa y con carácter previo, a atender su deber inexcusable de indemnizar en los términos pactados, y debió hacerlo dentro del plazo que establece la regla 3ª del art. 20 LCS . Sin perjuicio de, ulteriormente, y caso de constatar que le amparaba alguna causa de exoneración, plantear las reclamaciones o acciones de que se considerase asistida en defensa de su pretensión. La negativa previa a atender el pago entraña una infundada presunción de dolo, o de mala fe, en el tomador, no amparada por precepto legal o cláusula contractual. Máxime cuando no se aprecia ningún indicio que sustente esa presunción.

La pretendida imposibilidad de conocer documentos imprescindibles relativos a la exoneración del deber de indemnizar, tampoco justifica su pasividad. Es incontrovertido que la asegurada demandante tampoco podía acceder, u obtener copias, de esa documentación (por disposición legal, o resolución judicial), y como también acertadamente razona la sentencia apelada, la aseguradora no está legitimada para hacer soportar a la asegurada (consumidora) las consecuencias de ese déficit informativo. El acceso a las notas elaboradas por el tomador del seguro instantes antes del fallecimiento, si realmente se reputaba necesario (que no lo era), pudo obtenerse tomando vista de las actuaciones penales en compañía de la asegurada, personada

en ellas, cauce que no promovió la aseguradora. En cuanto al historial médico del tomador del seguro, inaccesible para la propia asegurada demandante, sólo resultaba útil caso de presumir la aseguradora antecedentes clínicos psiquiátricos en el tomador, de los que no existía indicio alguno, y por ende presumir sin fundamento la actuación de mala fe del tomador. Dispone el art. 19 LCS que "El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado". De donde se sigue que la regla general y previa consiste en el deber de indemnizar e impone el pago de la prestación. Sin perjuicio de que la aseguradora pueda exonerarse acreditando la mala fe del asegurado. Lo que no equivale a negar el pago de la indemnización oponiendo una presunción de mala fe, que resulta además infundada. Por las razones expuestas, tampoco concurren dudas fácticas o jurídicas que permitan excepcionar el principio del vencimiento en materia de condena en costas, ex art. 394 L.E.c .



Por lo que en el presente caso la hoy demandada debe ser condenada al pago de los intereses (el siniestro se le comunicó en noviembre de 2019), **sin que la existencia de un proceso judicial justifique su demora.**

A los anteriores hechos, son de aplicación los siguientes,

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I.- COMPETENCIA.-

A) Objetiva.- Corresponde conocer a la litis del Juzgado de Primera Instancia que por turno corresponda, de conformidad con el artículo 85 de la L.O. 6/1985 del Poder Judicial.

B) Territorial.- Son competentes los Juzgados de Primera Instancia de Majadahonda, por ser estos los correspondientes al domicilio del asegurado, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

II.- PROCEDIMIENTO.-

El procedimiento se substanciará por los trámites del Juicio Ordinario, en atención a la cuantía reclamada de CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA EUROS (56.640.-€) y al objeto del presente juicio, de conformidad con el artículo 249.5 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

III.- LEGITIMACIÓN.-

A) Activa.- La ostenta mi mandante, como asegurado.

B) Pasiva.- La ostenta la entidad demandada al ser la responsable de la mencionada póliza y como tal obligada al pago de la cantidad reclamada en el presente procedimiento de conformidad con lo pactado en su día y las leyes aplicables.

IV.- DERECHO SUSTANTIVO.-

LEY 50/1980, de CONTRATO DE SEGURO

Art. 3; de Las condiciones generales y los requisitos de las mismas en cuanto limiten o excluyan derechos del asegurado.

Art. 5 y 8; del deber de entrega de la póliza.

Art.10; del deber del tomador de declarar el riesgo según el cuestionario al que le someta el asegurador.

Art. 16; de la comunicación del siniestro a la aseguradora.

Art.18 y 38; de la obligación de la aseguradora de investigar e indemnizar.

Art. 20; de los intereses de mora por retraso en el pago de la indemnización.

Art.89; de la indisputabilidad transcurrido un año.

LEY 26/2006, de MEDIACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS

Art.12 1. *“Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.”*

LEY 30/1995 de ORDENACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS

Art.60; del deber de la aseguradora de informar al tomador antes y durante la duración del contrato.

REGLAMENTO DE ORDENACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS

Arts.104 a 107: del deber de la aseguradora de informar al tomador antes y durante la duración del contrato.

LEY 7/1998, de las CONDICIONES GENERALES DE LA CONTRATACIÓN

Art. 5; de los requisitos de las Condiciones generales

Art. 6; de la interpretación de las condiciones generales en caso de contradicción u oscuridad.

Art.7 y siguientes; de la no incorporación y nulidad de determinadas condiciones generales.

Disposición Adicional primera, modificación del artículo 10 y 10 bis de la Ley 26/1984.

V.- CONDENA EN COSTAS.-

Al amparo de lo dispuesto en el artículo 394 del Código Civil las costas deben ser impuestas a la demandada, con expresa declaración de su mala fe y temeridad.

No obstante, y para el improbable caso de que se desestimara íntegramente la demanda, la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil ha venido a consagrar lo que era ya un criterio jurisprudencial asentado en el sentido que **si la acción tiene un fundamento legal y jurisprudencial razonable, no se procederá a la imposición de costas.**

Prevé el Juzgador que si en casos como el que nos hallamos se impusieran las costas al asegurado, parte débil del contrato de adhesión, cuando la desestimación se basa en cuestiones exclusivamente de interpretación jurídica, se estaría a la práctica coartando el derecho de acceso a los tribunales por parte de los asegurados.

Trasladando ello al caso que nos ocupa es innegable que aún desestimando la presente demanda advertirá el Ilustre Juzgador la existencia de numerosa jurisprudencia relativa a los contratos de seguro de vida; **jurisprudencia ésta que, junto con la confianza depositada en su día en la aseguradora por parte de mi mandante y la no presentación de declaración de salud**, llevaron a mi mandante a la convicción de su derecho, obligándole a reclamarlo judicialmente.





En su virtud, y en la de cualesquiera otros fundamentos legales que sean de pertinente aplicación,

SUPLICO AL JUZGADO:

Admitido este escrito, con los documentos acompañados, tenerme por parte en representación de **DON CHRISTIAN WILBOR SUCLLA ZAMUDIO** y, en sus méritos, tener por presentada DEMANDA DE JUICIO ORDINARIO contra la entidad

GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, la admita y se siga por sus trámites.

Para el momento de dictar sentencia, la misma contenga los siguientes pronunciamientos:

-  1º.- Declare que no existió ocultación del asegurado por inexistencia de cuestionario; y en cualquier caso por no existir dolo ni culpa grave.
-  2º.- Condene a la demandada al pago a mi mandante del importe asegurado para caso de Invalidez Permanente Absoluta, CUARENTA MIL EUROS (40.000.-€).
-  3º.- Condene a la demandada al pago a mi mandante de los intereses legales de la indemnización, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.
-  4º.- Condene a la demandada al pago a mi mandante de las costas de este procedimiento, declarándose su mala fe y temeridad.

OTROSÍ PRIMERO DIGO: ANUNCIO DE PERICIAL DE MÉDICO PERITO DE SEGUROS PARA EL CASO QUE APAREZCA CUESTIONARIO DE SALUD FIRMADO POR EL ASEGURADO:

Que, para el caso de no llegar a acuerdo en la Audiencia Previa al juicio, solicito que se reciba el pleito a prueba, practicándose las pruebas que propondré en el momento de la celebración de dicha audiencia.

Como hemos expuesto mi mandante no recuerda haber rellenado y firmado en su día cuestionario de salud pero, para el caso de aparecer y de conformidad con los arts. 337 LEC y siguientes anunciamos INFORME MÉDICO PERICIAL cuya necesidad vendrá en caso de aportarse por parte de la adversa con la contestación. Para ese caso esta parte anuncia en tiempo y forma pericial por parte de MEDICO ESPECIALISTA EN VALORACIÓN DE SEGUROS que versará sobre los antecedentes del Sr.SUCLLA en relación con las preguntas del cuestionario; a los efectos de corroborar que no existió ocultación dolosa.

De conformidad con el artículo 337 LEC justificamos que no se puede aportar con la demanda puesto que no se ha aportado hasta ahora un cuestionario de salud firmado y sin que tengamos conocimiento de que exista y del concreto contenido de las preguntas y respuestas del asegurado. En caso de aportarse de contrario con la contestación a la demanda se podría preparar adecuadamente la pericial para su traslado a la adversa con una antelación de al menos 5 días a la celebración de Audiencia Previa.

OTROSÍ SUPPLICO AL JUZGADO: Se sirva tener por anunciada PERICIAL MÉDICA.

OTROSÍ SEGUNDO DIGO: Que, al amparo del art. 231 LEC esta parte manifiesta su voluntad de corregir cualquier defecto de carácter procesal en que pudiera haber incurrido.

OTROSÍ SUPPLICO AL JUZGADO: Tenga por hecha la anterior manifestación.

En Majadahonda, a dieciocho de febrero de 2021

JORGE FUSET DOMINGO
-Abogado col. 25.380 ICAB-

ARGIMIRO VÁZQUEZ GUILLÉN
-Procurador-