



Roj: **STS 1246/2023 - ECLI:ES:TS:2023:1246**

Id Cendoj: **28079110012023100404**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **27/03/2023**

Nº de Recurso: **2216/2019**

Nº de Resolución: **417/2023**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **FRANCISCO MARIN CASTAN**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

## TRIBUNAL SUPREMO

### Sala de lo Civil

#### **Sentencia núm. 417/2023**

Fecha de sentencia: 27/03/2023

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 2216/2019

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 15/02/2023

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Procedencia: Audiencia Provincial de Badajoz, sección 3.ª, con sede en Mérida

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 2216/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

## TRIBUNAL SUPREMO

### Sala de lo Civil

#### **Sentencia núm. 417/2023**

Excmos. Sres. y Excmo. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

En Madrid, a 27 de marzo de 2023.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Abelardo , representado por la procuradora D.ª Petra María Aranda Téllez bajo la dirección letrada de D.ª Olivia Novillo-Fertrell Fernández, contra la sentencia dictada el 6 de marzo de 2019 por la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Badajoz,



con sede en Mérida, en el recurso de apelación n.º 22/2019, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 19/2018 del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Mérida sobre reclamación de cantidad en virtud de seguro de vida e invalidez. Ha sido parte recurrida la aseguradora demandada Unión del Duero Compañía de Seguros Vida, S.A., representada por el procurador D. Luis Mena Velasco bajo la dirección letrada de D. Diego Castillo Guijarro.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marín Castán.

### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** El 31 de enero de 2018 se presentó demanda interpuesta por D. Abelardo contra Unión del Duero Compañía de Seguros de Vida, S.A. solicitando se dictara sentencia por la que "se establezca la OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA DE CUMPLIR CON EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA COLECTIVA DE VIDA y con la obligación de entrega a mi representado de la cantidad solicita por los daños causados por el incumplimiento (40.000 euros). Todo ello con expresa imposición de costas a la parte demandada más los intereses determinados en el art. 20 LCS a determinar en ejecución de sentencia".

**SEGUNDO.-** Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Mérida, dando lugar a las actuaciones n.º 19/2018 de juicio ordinario, y emplazada la aseguradora demandada, esta compareció y contestó a la demanda planteando la excepción procesal de falta de legitimación activa *ad causam*, oponiéndose en cuanto al fondo y solicitando por todo ello la íntegra desestimación de la demanda con imposición de costas a la parte demandante.

**TERCERO.-** Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, el magistrado-juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 5 de octubre de 2018 con el siguiente fallo:

"ESTIMO ÍNTEGRAMENTE la demanda interpuesta por la procuradora de los tribunales doña Petra María Aranda Téllez y, como consecuencia, CONDENO a Unión del Duero, Cía de Seguros, S.A. a cumplir con el contenido de la póliza colectiva de vida suscrita con el actor, y a entregar a los beneficiarios (según el orden previsto en la póliza) la cantidad de 40.000,00 € (cuarenta mil euros), con los intereses de demora de dicha cantidad, de conformidad con lo previsto en el Fundamento de Derecho Cuarto de esta resolución.

"Se imponen las costas a la parte demandada".

**CUARTO.-** Interpuesto por la entidad demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso el demandante y que se tramitó con el n.º 22/2019 de la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Badajoz, con sede en Mérida, esta dictó sentencia el 6 de marzo de 2019 con el siguiente fallo:

"Que debemos estimar y estimamos el recurso de apelación formulado contra la Sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia N° 5 de Mérida de fecha 5-X-2018, y en su virtud ha de absolverse a la entidad demandada de las pretensiones del actor, al que se le imponen las costas de la primera instancia y sin que se impongan las de esta segunda instancia a ninguna de las partes".

La sentencia contenía el voto particular discrepante de un magistrado (presidente de la sección) en el sentido de que el recurso de apelación tendría que haber sido desestimado .

**QUINTO.-** Contra la sentencia de segunda instancia el demandante-apelado interpuso recurso de casación al amparo del ordinal 3.º del art. 477.2 LEC, por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, compuesto de un solo motivo fundado en infracción del art. 10 LCS según su interpretación jurisprudencial.

**SEXTO.-** Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes, el recurso fue admitido por auto de 9 de junio de 2021, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición al recurso solicitando su inadmisión, y subsidiariamente su desestimación, con imposición de costas a la parte recurrente.

**SÉPTIMO.-** Por providencia de 27 de enero del corriente año se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 15 de febrero siguiente, en que ha tenido lugar. Debido a la huelga convocada por los Letrados de la Administración de Justicia, la notificación de la providencia de señalamiento se produjo con posterioridad a la fecha de la deliberación, votación y fallo. No obstante, una vez notificada dicha providencia, las partes no han alegado ningún perjuicio concreto derivado de este hecho, ni han puesto en conocimiento del tribunal la concurrencia de causas de recusación o de alguna otra circunstancia que pudiera determinar algún género de indefensión .

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** El presente litigio versa sobre la reclamación del asegurado contra su compañía de seguros para el cumplimiento del contrato de seguro de vida con cobertura de invalidez que se encontraba en vigor al producirse el siniestro, consistente este en la declaración de incapacidad permanente absoluta (IPA) del asegurado a consecuencia de una enfermedad ocular crónica. La controversia en casación se centra en determinar si el asegurado infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud.

Los antecedentes relevantes para la decisión del recurso de casación son los siguientes:

1. Se han declarado probados o no se discuten estos hechos:

1.1. El 14 de enero de 2009, pero con fecha de efecto 1 de enero del mismo año y una duración de veinte años, D. Abelardo, empleado de la entonces denominada Caja de Ahorros de Salamanca y Soria, S.A., Caja Duero (luego Banco de Caja de España de Inversiones, Salamanca y Soria S.A.U.), se adhirió a la póliza colectiva denominada "Seguro Vida Duero" (póliza n.º NUM000, producto "TRAI Acuerdo Interno Caja Duero") de la que era tomadora la citada entidad financiera y aseguradora Unión del Duero Compañía de Seguros de Vida, S.A. (en adelante UDCSV o la aseguradora). Además del riesgo de fallecimiento, el seguro cubría el de invalidez permanente absoluta, en ambos casos con una suma asegurada inicial de 40.000 euros (doc. 3 de la demanda).

El seguro estaba vinculado a un contrato de préstamo concedido por Caja Duero, razón por la cual en el certificado individual se designó a la prestamista como primera beneficiaria.

1.2. En el boletín de adhesión se incluyó una "declaración de salud del asegurado", que fue cumplimentada por el propio asegurado en la intranet, utilizando el equipo informático asignado a su puesto de trabajo, sin intervención de ningún agente o trabajador de la aseguradora, y tenía el siguiente contenido:

Declaración de salud del Asegurado		SI	No
¿ALGUINO DE SUS FAMILIARES CONSANGUÍNEOS MÁS DIRECTOS HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA, CEREBROVASCULAR, RENAL, DIABETES, CÁNCER, HIPERTENSIÓN O ALGUNA OTRA DE CARÁCTER HEREDITARIO ANTES DE CUMPLIR LOS 65 AÑOS?			✓
¿ESTA LISTO DE BAJA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, TIENE PREVISTA ALGUNA HOSPITALIZACIÓN, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O CONSULTA MÉDICA PRÓXIMA?			✓
¿TIENE ALGUNA ALTERACIÓN FÍSICA, HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE/INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O LE HA SIDO CONCEDIDA ALGUNA TIPO DE INVALIDEZ?			✓
¿LE HAN ACONSEJADO SOMETERSE O SE HA SOMETIDO A ALGÚN CHEQUEO O REVISIÓN MÉDICA, INCLUYENDO ELECTROCARDIOGRAMAS, SCANNER, RESONANCIA MAGNÉTICA, PRUEBAS HEPÁTICAS O SIMILARES?			✓
¿HA PADECIDO O PADECE LISTED ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA, RENAL, CEREBROVASCULAR, RESPIRATORIA, NEUROLÓGICA, NEVROSA O DE TRANSMISIÓN SEXUAL, HEPATITIS, SIDA, CÁNCER, DIABETES O HIPERTENSIÓN?			✓
¿HA PADECIDO O PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD, NO MENCIONADA ANTERIORMENTE, QUE LE HAYA OBLIGADO A ESTAR BAJO SUPERVISIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO DURANTE MÁS DE 14 DÍAS Y/O HA RECIBIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN?			✓
¿HA TOMADO O TOMA MEDICINAS, DROGAS, ESTIMULANTES Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS?			✓
Observaciones:			

1.3. En las condiciones generales de la póliza se estableció, como causa de exclusión de la garantía de invalidez (art. 3, apdo. 2):

"d) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro y que no se le comunicaran a la Aseguradora en el momento de formalizar el seguro".

1.4. En relación con los antecedentes de salud del asegurado en el momento de suscribir la póliza, consta acreditado (en particular, por los antecedentes médicos reflejados en los informes y dictámenes integrantes del expediente administrativo de reconocimiento de la invalidez que figura unido a las actuaciones de primera instancia como acontecimiento 43 del expediente digital): a) que desde su juventud venía padeciendo problemas de visión que el interesado achacaba a complicaciones derivadas de un episodio de hipertensión intracraneal sufrido durante su adolescencia (ver informe clínico del Servicio de Oftalmología del Hospital de Mérida expedido a petición del propio interesado en noviembre de 2013); b) que esos problemas le llevaron a visitar en 2003 al médico especialista en oftalmología Dr. Diego, quien con fecha 7 de mayo de 2013 emitió un informe refiriendo que el paciente había sido diagnosticado ya en 2003 de su patología ocular (en concreto, de "miopía magna bilateral, hipoplasia y atrofia de ambos nervios ópticos, disminución del calibre de los vasos retinianos, déficit importante y generalizado del campo visual en ambos ojos y pruebas electrofisiológicas normales en aquel momento") y que la pérdida de capacidad visual había ido aumentando progresivamente con los años (de manera que si en 2003 tenía una agudeza visual mejor corregida del 80% en el ojo derecho y del 10% en el izquierdo, en mayo de 2013 esos porcentajes se habían reducido al 25% en el ojo derecho y a "visión de bultos en ojo izquierdo (además de déficit capimétrico generalizado)"; y c) que su patología, para la que no existía tratamiento médico (el Dr. Diego reseñó al final de su informe: "sin que podamos hacer nada para mejorar su visión"), no le impidió el normal desempeño de su actividad laboral hasta la fecha en que se le reconoció la situación de invalidez.



1.5. Con fecha 7 de enero de 2015 el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de la Dirección Provincial del INSS de Badajoz emitió dictamen-propuesta calificando al Sr. Abelardo como "trabajador incapacitado permanente, en grado de ABSOLUTA" a causa de enfermedad común, indicando como cuadro clínico residual "miopía magna bilateral. Atrofia óptica bilateral" y como limitaciones orgánicas y funcionales "deficiencia oftalmológica 4 ojo izquierdo, 3 ojo derecho". Por resolución de 20 de enero de 2015 de esa misma Dirección Provincial se le reconoció una incapacidad permanente absoluta (IPA) para todo trabajo (doc. 1 de la demanda).

1.6. A finales de marzo de 2015 el asegurado comunicó el siniestro a la aseguradora. Por escrito de 1 de junio del mismo año la aseguradora le requirió para que aportara documentación acreditativa de la hipertensión craneal e historia oftalmológica completa en la que se recogiera la fecha de diagnóstico, la evolución y los tratamientos prescritos para su patología, y tras remitir el asegurado sendos informes médicos de fechas 24 de febrero de 2003 y 17 de mayo de 2013, la aseguradora, a la vista de dicho conjunto documental, contestó por escrito de 28 de julio de 2015 rechazando el siniestro al considerar que la IPA traía causa de problemas de salud preexistentes a la firma del contrato (en concreto, problemas oculares que le fueron diagnosticados en 2003) ocultados por el asegurado (bloque documental aportado como doc. 4 de la demanda).

2. Intentada sin éxito la conciliación (doc. 5 de la demanda), con fecha 31 de enero de 2018 el asegurado promovió el presente litigio contra la aseguradora reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, que se condenara a la demandada a entregar al demandante la cantidad de 40.000 euros más los intereses del art. 20 LCS.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis, que la aseguradora debía hacerse cargo del siniestro porque el demandante en ningún momento había ocultado a la aseguradora antecedentes de salud causalmente relacionados con la enfermedad determinante de su invalidez, dado que la declaración de salud contenía preguntas genéricas y no se le preguntó por ninguna patología que el asegurado pudiera vincular con los antecedentes de 2003, y que estos no le habían impedido seguir trabajando.

3. La aseguradora demandada se opuso a la demanda. Aunque en su escrito de contestación se refirió por error a hechos relativos a otro asegurado, en el acto de la audiencia previa aclaró que "mantenía los mismos motivos de oposición invocados genéricamente en la contestación, si bien referidos en realidad a don Abelardo" (fundamento de derecho primero de la sentencia de primera instancia). En consecuencia, su oposición consistió, en síntesis, en que: (i) el asegurado carecía de legitimación activa porque la primera beneficiaria era la entidad prestamista; (ii) el asegurado había infringido el art. 10 LCS al haber ocultado dolosamente a la aseguradora información conocida y relevante sobre su estado de salud, en concreto la enfermedad ocular que padecía y que se le había diagnosticado mucho antes de firmar la póliza; y (iii) además, en la propia póliza se contenía una exclusión de cobertura referente a enfermedades preexistentes.

4. La sentencia de primera instancia estimó íntegramente la demanda y condenó en costas a la demandada.

Razonó, en síntesis, lo siguiente: (i) según la jurisprudencia, en casos como este el asegurado está legitimado activamente para reclamar el cumplimiento del contrato de seguro aunque el beneficiario sea un tercero; (ii) pese a que el asegurado fue diagnosticado de su enfermedad ocular en 2003 y era consciente de ella cuando firmó la póliza y contestó negativamente a todas las preguntas de la declaración de salud, sin embargo no podía concluirse que infringiera su deber de declarar el riesgo, pues las preguntas que se le hicieron fueron genéricas, estereotipadas y ninguna de ellas referida a problemas de visión, a lo que se unía que no seguía tratamiento ni estaba bajo supervisión médica por sus problemas oculares, razones que le impidieron vincular sus antecedentes de salud con la enfermedad causante de su invalidez; (iii) en consecuencia, ha de ser la entidad aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario de salud.

5. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de apelación de la aseguradora demandada, revocó la sentencia de primera instancia y desestimó la demanda, imponiendo las costas de la primera instancia al demandante y sin imponer a ninguna de las partes las de la segunda instancia.

Sus razones son, en síntesis, que el asegurado infringió el art. 10 LCS, por ocultación dolosa, ya que la enfermedad causante de su invalidez (miopía magna bilateral y atrofia óptica bilateral) la padecía desde mucho antes de firmar la póliza, toda vez que se le había diagnosticado en 2003, y aunque la jurisprudencia reconoce que el deber de declarar el riesgo es un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que recaen las consecuencias que derivan de no presentar un cuestionario o de la presentación de un cuestionario con preguntas no pertinentes para valorar adecuadamente el riesgo, en este caso las preguntas de la declaración de salud, que el asegurado contestó por sí, sin intervención alguna de agente o trabajador de la aseguradora, sí le permitieron vincularlas con sus antecedentes de salud y, por tanto, ser consciente de que por la relevancia de su patología ocular no debía ocultarla para que la compañía pudiera valorar adecuadamente el riesgo.



6. El demandante interpuso recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala sobre la validez material de la declaración de salud.
7. En su oposición al recurso la aseguradora recurrida ha solicitado su desestimación, tanto por causas de inadmisión como de fondo, con imposición de costas al recurrente.

**SEGUNDO.-** El único motivo del recurso se funda en infracción del art.10 LCS, y en su desarrollo argumental, en el que se reproduce textualmente aunque de forma poco clara (dado que hay extractos que se reiteran) gran parte de la fundamentación jurídica de la sentencia de primera instancia, se alega, en síntesis: (i) que el recurrente no vulneró su deber de declarar el riesgo por el hecho de responder negativamente a las preguntas contenidas en la declaración de salud, pues nunca estuvo de baja, ni hospitalizado, ni sometido a intervención quirúrgica o a tratamiento médico, y las preguntas sobre enfermedades que se le formularon eran genéricas, ninguna referida a su enfermedad ocular, sin que el simple hecho de que tuviera conocimiento de su déficit visual y no informara de ello al asegurador pueda considerarse reticencia alguna; y (ii) que, en definitiva, ninguna de las preguntas fue conducente a que se representara sus padecimientos oculares como uno de los problemas de salud por los que era preguntado, debiendo ser la aseguradora la que soporte las consecuencias "de no haber presentado un cuestionario correctamente".

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que es inadmisibles por inexistencia de interés casacional, dado que la jurisprudencia que se cita como infringida para justificar la concurrencia de dicho interés casacional ha recaído en casos distintos del presente, de forma que su vulneración solo sería posible si se prescindiera de los hechos probados, en particular que el cuestionario lo cumplimentó el propio asegurado por sí mismo, sin intervención de ningún agente de la aseguradora; y (ii) que en todo caso debe ser desestimado porque la sentencia recurrida aplica correctamente el art. 10 LCS y su jurisprudencia a los hechos probados, de modo que su decisión es el resultado de ponderar las concretas circunstancias concurrentes en este caso, entre ellas que el demandante era consciente de padecer una enfermedad ocular degenerativa desde mucho antes de firmar la póliza y que fue el propio asegurado, aprovechándose de su condición de empleado de la entidad bancaria comercializadora del seguro, el que contrató el seguro y cumplimentó el cuestionario, sin intervención de terceros que hubieran podido percibir sus problemas oculares, a lo que se une que en la propia póliza se contenía una exclusión de cobertura (que la sentencia recurrida "no tuvo la necesidad de analizar") referente a enfermedades preexistentes, plenamente válida y oponible.

**TERCERO.-** No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la aseguradora porque, como ha reiterado esta sala al conocer de recursos sobre el art. 10 LCS y su jurisprudencia (p.ej. sentencias 839/2021, de 2 de diciembre, 235/2021, de 29 de abril, 108/2021, de 1 de marzo, 661/2020, de 10 de diciembre, y 639/2020, de 25 de noviembre), puede ser suficiente para superar el test de admisibilidad la correcta identificación del problema jurídico planteado y una exposición adecuada que ponga de manifiesto la consistencia de las razones de fondo del recurso partiendo del respeto a los hechos probados, requisitos que se cumplen en este caso porque lo que se plantea en casación, con cita de las normas aplicables a la controversia ( art. 10 LCS) y pleno respeto a los hechos probados, es una cuestión exclusivamente jurídica consistente en que deba ser la aseguradora la que soporte la falta de idoneidad de un cuestionario que, según la parte recurrente, no permitía a la compañía valorar adecuadamente el riesgo.

Por tanto, procede entrar a conocer del recurso.

**CUARTO.-** Como reiteran, p.ej., las sentencias 839/2021, de 2 de diciembre, y 785/2021, de 15 de noviembre, ambas con cita de la 235/2021, de 29 de abril, de la muy copiosa jurisprudencia de esta sala sobre la interpretación del art. 10 LCS resulta, en síntesis, que:

"(i) el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro; y (ii) lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro".

En la misma sentencia 235/2021 también se afirma lo siguiente:

"La sentencia 611/2020, con cita de las sentencias 333/2020, de 22 de junio, y 345/2020, de 23 de junio, reitera, en primer lugar, que del art. 10 LCS resulta claramente que lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado sino el



dolo o la culpa grave, es decir, "la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad", y en segundo lugar, en cuanto a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto, que como resulta de la 345/2020, y de las sentencias 562/2018, de 10 de octubre, 307/2004, de 21 de abril, y 119/2004, de 19 de febrero, el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 LCS precisa que concurren los requisitos siguientes:

""1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; 3) que el riesgo declarado sea distinto del real; 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y 6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto"".

En particular, cuando lo que resulta controvertido, como acontece en este caso, es el valor material de un cuestionario o declaración de salud conformado por preguntas ambiguas o excesivamente genéricas, la jurisprudencia de esta sala viene declarando, en síntesis, que "el asegurado infringe su deber de declaración del riesgo cuando, pese a la generalidad del cuestionario, existen elementos significativos que el asegurado debería representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo" (la citada sentencia 235/2021). Este fue el caso, p.ej., de las sentencias 157/2023, de 3 de febrero (dictada en un caso muy similar al del presente recurso, también sobre ocultación de una patología ocular crónica diagnosticada años antes de firmar la póliza), 108/2021, de 1 de marzo, 661/2020, de 10 de diciembre, y 647/2020, de 30 de noviembre, con cita de las sentencias 390/2020, de 1 de julio, 572/2019, de 4 de noviembre, 37/2019, de 21 de enero, 621/2018, de 8 de noviembre, 563/2018, de 10 de octubre, 273/2018, de 10 de mayo, 542/2017, de 4 de octubre, 726/2016, de 12 de diciembre, y 72/2016, de 17 de febrero, todas las cuales apreciaron dolo, o cuando menos culpa grave (sentencia 542/2017) pese al carácter no específico de las preguntas, con base en que las circunstancias del caso acreditaban la concurrencia de elementos objetivos sobre el estado de salud del asegurado que este tenía que representarse necesariamente como influyentes para valorar el riesgo.

**QUINTO.-** De aplicar la doctrina jurisprudencial anteriormente expuesta al único motivo del recurso se desprende que debe ser desestimado por las siguientes razones:

1.ª) Centrada la controversia en la validez material del cuestionario, de su contenido resulta que no se preguntó al asegurado únicamente y de forma ambigua y estereotipada por su estado de salud general (lo que habría redundado en perjuicio de la aseguradora, según declaró p.ej. la sentencia 638/2020, de 25 de noviembre), sino que respondió negativamente a la pregunta de si tenía alguna alteración física (pregunta 3), a la de si le habían aconsejado someterse o se había sometido a algún chequeo o revisión médica (pregunta 4) y, en fin, a la de si había padecido o padecía en ese momento alguna enfermedad, no mencionada en las preguntas anteriores (a este respecto destacaba la pregunta 5), que le hubiera obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días (pregunta 6). Y respondió así a pesar de que la documentación médica prueba que desde su juventud venía sufriendo problemas oculares graves, con progresiva pérdida de visión, y que esta sintomatología era compatible con la miopía magna bilateral y atrofia óptica bilateral, enfermedad crónica, irreversible, progresiva y degenerativa que se le diagnosticó en 2003, aproximadamente seis años antes de firmar el seguro y por la que estuvo bajo el control o seguimiento facultativo de un especialista (debiendo entenderse según la citada sentencia 157/2023, de 3 de febrero, que "el seguimiento o control del paciente por un médico es una forma de tratamiento médico").

2.ª) En estas circunstancias, por tanto muy similares a las del caso de la referida sentencia 157/2023, de 3 de febrero, debe adoptarse su misma solución pues "ante la evidencia e importancia de esos antecedentes de salud, el mero hecho de que no se le preguntara sobre un tipo de enfermedad concreta, ni por tanto sobre la patología de tipo ocular que padecía, o el hecho de que su enfermedad no tuviera tratamiento efectivo, en el sentido de no poder curarse ni impedir su evolución, no son óbice para que el asegurado, en función de las preguntas que se le hicieron y siendo plenamente consciente de su grave patología ocular y de que estaba bajo control médico, debiera representarse aquellos antecedentes como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar adecuadamente el riesgo de invalidez".

3.ª) En definitiva, la sentencia recurrida, al concluir que el asegurado incurrió en dolo y, por tanto, que el asegurador quedó liberado de su prestación, no infringió el art. 10 LCS y la jurisprudencia que lo interpreta.

**SEXTO.-** Conforme a los arts. 487.2 y 398.1 en relación con el 394.1, todos de la LEC, procede confirmar la sentencia recurrida e imponer las costas al recurrente, que conforme a la d. adicional 15.ª 9 LOPJ perderá el depósito constituido.



## FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

1.º- Desestimar el recurso de casación interpuesto por el demandante D. Abelardo contra la sentencia dictada el 6 de marzo de 2019 por la sección 3.ª de la Audiencia Provincial de Badajoz, con sede en Mérida, en el recurso de apelación n.º 22/2019.

2.º- Confirmar la sentencia recurrida.

3.º- E imponer las costas al recurrente, que perderá el depósito constituido.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y rollo de Sala.

El Excmo. Sr. magistrado Don Francisco Javier Arroyo Fiestas votó en sala pero no pudo firmar por jubilación, haciéndolo en su lugar el Excmo. Sr. Presidente de la Sala Primera Don Francisco Marín Castán, conforme a lo dispuesto en el artículo 204.2 LEC.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ