Roj: **STS 3996/2023** - **ECLI:ES:TS:2023:3996**

Id Cendoj: **28079110012023101352**
Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**
Sede: **Madrid**
Sección: **1**
Fecha: **03/10/2023**
Nº de Recurso: **4947/2019**
Nº de Resolución: **1344/2023**
Procedimiento: **Recurso de casación**
Ponente: **JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**
Tipo de Resolución: **Sentencia**

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA A TIEMPO PARCIAL. LA CONDICIÓN DE LA EDAD LÍMITE DE LA COBERTURA ES DELIMITADORA DEL RIESGO. DIFERENCIACIÓN DE CONDICIONES LIMITATIVAS Y DELIMITADORAS. CUESTIONARIO DE SALUD. NECESIDAD DE DECLARAR LOS RIESGOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO DETERMINANTES DE LA CONCERTACIÓN DEL CONTRATO POR LA COMPAÑÍA.

FONDO DOCUMENTAL CE

T R I B U N A L S U P R E M O

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 1.344/2023

Fecha de sentencia: 03/10/2023

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 4947/2019

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 26/09/2023

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: AUD. PROVINCIAL DE VALENCIA, SECCIÓN 7.ª

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN núm.: 4947/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 1344/2023

Excma. Sra. y Excmos. Sres.

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Antonio García Martínez

En Madrid, a 3 de octubre de 2023.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por B.B.V.A. Seguros, S.A., representada por la procuradora D.ª Elena Puig Turégano, bajo la dirección letrada de D. Juan Luis Dominguez Gimeno, contra la sentencia n.º 309, dictada por la Sección 7.ª de la Audiencia Provincial de Valencia, en el recurso de apelación n.º 325/2019, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 1617/2016, del Juzgado de

Primera Instancia n.º 5 de Valencia. Ha sido parte recurrida D.ª Miriam , representada por la procuradora D.ª Ana Vázquez Pastor y bajo la dirección letrada de D. Ignacio Navarro Giménez.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.- La procuradora D.ª Mar Guillem Larrea, en nombre y representación de D.ª Miriam , interpuso demanda de juicio ordinario contra B.B.V.A. Seguros, S.A. de Seguros y Reaseguros en la que solicitaba se dictara sentencia:

"[...] por la cual estimando la presente demanda en su integridad, se condene a la demandada al pago establecido en la póliza de seguros, de la cantidad de TREINTA Y CINCO MIL CIENTO TRES EUROS CON CINCUENTA Y TRES CÉNTIMOS (35.103,53-€) por la garantía de fallecimiento en concepto de principal. Subsidiariamente, solicitamos se condene a la demandada al pago a los herederos de D. Raúl de la cantidad de TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS TRES EUROS CON SEENTA YOCHO CÉNTIMOS (32.403,68 €), por la garantía de incapacidad permanente absoluta en concepto de principal, con más los descubiertos desde la fecha de la resolución por la que se declara al tomador en situación de incapacidad permanente absoluta. Además en ambos casos con expresa imposición de la Cía Aseguradora de los intereses legales establecidos en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, a favor de la parte actora, desde la fecha d ellos respectivos siniestros, con expresa imposición de las costas derivadas de la presente reclamación".

2.- La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Valencia y se registró con el n.º 1617/2016. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.- La procuradora D.ª Celia Sin Sánchez, en representación de B.B.V.A. Seguros, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

"[...] se dicte sentencia en la que por estimación de las excepciones procesales propuestas en la extensión que se dijo o por razones de fondo alegadas, se dicte sentencia absolviendo a mi principal de todo cuanto se le reclama con expresa imposición de costas a la demandante".

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, la Jueza de refuerzo del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Valencia dictó sentencia de fecha 28 de septiembre de 2018, con la siguiente parte dispositiva:

"ESTIMO ÍNTEGRAMENTE la demanda deducida por la procuradora Dª. Mar Guillén Larrea, en nombre y representación de Dª. Miriam Y LA HERENCIA YACENTE DE D. Raúl , asistida del letrado D. Ignacio Navarro Giménez, contra Aseguradora BBVA SEGUROS, s.a., representada por la procuradora Dª. Celia Sin Sánchez y asistida por el letrado D. Juan Luis Domínguez Gimeno, y condeno a la referida demandada a abonar a la actora la cantidad de 35.103,53 euros, correspondiendo 27.000,00 euros con revalorización del 5% anual pactado desde la suscripción hasta el fallecimiento del asegurado, 31 de diciembre de 2020, a cargo de la póliza de seguro de vida con nº de póliza NUM000 , más los intereses sobre la cantidad de codena al tipo de interés legal previsto en art. 20 Ley Contrato de Seguro, y con expresa condena en costas procesales a la parte demandada".

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de B.B.V.A. Seguros, S.A.

2.- La resolución de este recurso correspondió a la sección 7.ª de la Audiencia Provincial de Valencia, que lo tramitó con el número de rollo 325/2019, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 17 de julio de 2019, cuya parte dispositiva dispone:

"FALLAMOS:

"Que con desestimación del recurso de apelación, interpuesto por la representación de BBVA SEGUROS SA, contra la sentencia de fecha 28/09/2018, dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 5 de Valencia, en autos de juicio ordinario nº 1617/16, confirmarla íntegramente. Todo ello con imposición de las costas de esta instancia a la apelante".

TERCERO .- *Interposición y tramitación del recurso de casación*

1.- El procurador D. Jesús Mora Vicente, en representación de B.B.V.A. Seguros, S.A., interpuso recurso de casación.

El motivo del recurso de casación fue:

"MOTIVO PRIMERO Y UNICO: Oposición a la doctrina del Tribunal Supremo en relación con el art. 3 LCS".

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 17 de noviembre de 2021, cuya parte dispositiva es como sigue:

"1º) Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de BBVA Seguros S.A. contra la sentencia dictada con fecha 17 de julio de 2019 por la Audiencia Provincial de Valencia, Sección Séptima, en el rollo de apelación n.º 325/2019, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 1617/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Valencia.

"2º) Abrir el plazo de veinte días, a contar desde la notificación de este auto, para que la parte recurrida formalice por escrito su oposición al recurso. Durante este plazo las actuaciones estarán de manifiesto en la Secretaría".

3.- Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4.- Por providencia de 7 de julio de 2023 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 26 de septiembre del presente, fecha en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Antecedentes relevantes*

A los efectos decisorios del presente recurso partimos de los antecedentes siguientes.

1º.- Es objeto del recurso la acción entablada por la demandante D.ª Miriam de cumplimiento del contrato de seguro de vida e incapacidad permanente y absoluta, concertado entre su difunto esposo D. Raúl y la compañía de seguros demandada BBVA Seguros, S.A., el 15 de diciembre de 2004, formalizado en póliza NUM000 .

2º.- El tomador de seguro y asegurado falleció el 31 de diciembre de 2010, como consecuencia de un infarto de miocardio. El 17 de junio de 2009 por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, Dirección Provincial de Valencia, se declaró al Sr. Raúl en situación de incapacidad permanente absoluta.

3º.- En la demanda se interesó la condena de la entidad aseguradora a abonar a la actora la cantidad de 35.103,53 euros por la garantía de fallecimiento, en su condición de beneficiaria de la póliza; o, subsidiariamente, a favor de la herencia yacente de D. Raúl , la cantidad de 32.403,68 euros por la garantía de incapacidad permanente absoluta, más los intereses del artículo 20 LCS desde la fecha de los respectivos siniestros y las costas procesales.

4.- El conocimiento de la demanda correspondió al Juzgado de Primera Instancia número 5 de Valencia, que la tramitó por el cauce del juicio ordinario 1617/2005. En su contestación, la demandada sostuvo una posible falta de legitimación activa de la actora respecto a la prestación por fallecimiento en tanto en cuanto no se acreditara la cancelación del préstamo hipotecario, así como negó concurrieran los requisitos establecidos para que procediera la cobertura del siniestro.

Seguido el procedimiento, en todos sus trámites, se dictó sentencia. El juzgado consideró que se había acreditado que el seguro de vida se suscribió con relación al préstamo hipotecario NUM001 , siendo el beneficiario designado, en caso de fallecimiento, el BBVA, S.A., y comoquiera que se otorgó carta de pago y cancelación de hipoteca el 12 de junio de 2017, se proclamó la legitimación activa de la demandante en su condición de viuda del asegurado y primera beneficiaria del seguro.

La cobertura por fallecimiento e incapacidad permanente absoluta fue denegada por considerar la aseguradora que la póliza estaba cancelada, puesto que la edad actuarial del asegurado al fallecer era de 65 años, límite temporal de los riesgos asumidos por la compañía, y que, al momento de la contratación, no declaró en el cuestionario de salud padecimientos anteriores que hubieran supuesto el rechazo de la contratación.

En definitiva, se opuso el contenido de la condición particular XV, titulada "DELIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL RIESGO Y CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE DERECHOS DEL ASEGURADO"; con un apartado 1 denominado "DELIMITACIÓN DEL RIESGO DE FALLECIMIENTO", con un epígrafe A.- "Delimitaciones del riesgo por fallecimiento", en el que consta:

"La entidad establece como:

"-Límite de edad de admisión: no podrán asegurarse los menores de 14 años ni los mayores de 64 años.

"-Límite de caducidad de cobertura: Al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años actuariales.

"El presente seguro de vida no incluye el riesgo de suicidio del asegurado durante el primer año de vigencia del contrato".

Se alegó por la aseguradora que el Sr. Raúl nació el NUM002 de 1945, al tiempo de finalizar una nueva anualidad del contrato el 15 de diciembre de 2010 contaba con 65 años reales y actuariales y, por lo tanto, conforme a las condiciones del contrato, en las que consta como límite de caducidad de la cobertura "al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 65 años actuariales", correspondiendo dicha anualidad a la comprendida entre el 15 de diciembre de 2009 y el 15 de diciembre de 2010, al fallecer el 31 de diciembre de 2010 el seguro estaba cancelado, sin que se llegara a girar el correspondiente recibo para pago de la prima de la prórroga del seguro.

También, se negó como adeudada la cobertura de incapacidad permanente absoluta, sometida al mismo plazo de caducidad de los 65 años actuariales, mediante el argumento de que el asegurado había faltado a la verdad en el cuestionario al que fue sometido en aplicación del art. 10 de la LCS, ocultando la existencia de una depresión mayor, que sufría antes de la suscripción de la póliza, y que determinó su ulterior declaración de incapacidad permanente absoluta.

El procedimiento de primera instancia finalizó por sentencia en que se estimó la petición principal de la demanda. El juzgado consideró que la condición particular XV adolecía de claridad suficiente, al ser plausible la interpretación de la demandante relativa a que el término final de la anualidad se extendía hasta el 31 de diciembre de 2010, fecha del fallecimiento del causante, indicando que debe prevalecer el sentido más favorable al consumidor.

Para ello, se argumentó con base los artículos 3 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante LCS), 1288 del Código Civil (en adelante CC) y 80 del RDL 1/2007, de 6 de noviembre, de protección de consumidores y usuarios, sobre el carácter oscuro de tal condición particular del seguro, reputada como limitativa, impuesta y predispuesta por la demandada al formar parte de sus condiciones generales de contratación, que no deben perjudicar a la parte demandante, por lo que se consideró "el término de la anualidad en que el Asegurado cumple 65 años actuariales" como equivalente al año natural, y no al de la vigencia del contrato. Por todo ello, la fecha del fallecimiento se produjo el último día de vigencia de la póliza que terminaría a las 0 horas del día 1 de enero de 2011, y no el 15 de diciembre de 2010 en que procedería una nueva renovación anual.

Con base en tal argumento se estimó la acción principal, sin necesidad de entrar a conocer de la acción subsidiaria en la que se exigía el pago de la cobertura de incapacidad permanente absoluta.

5º.- Contra dicha sentencia se interpuso por la compañía aseguradora recurso de apelación, cuyo conocimiento correspondió a la sección séptima de la Audiencia Provincial de Valencia, que dictó sentencia confirmatoria de la pronunciada por el Juzgado con base en los mismos argumentos esgrimidos en primera instancia.

6º.- Contra dicha sentencia se interpuso recurso de casación por la compañía de seguros.

SEGUNDO.- *Recurso de casación*

El recurso se fundamentó en la oposición a la doctrina del Tribunal Supremo en relación con el art. 3 LCS. Se citó, para fundar el interés casacional, las sentencias 853/2006, de 11 de septiembre; 1050/2007, de 17 de octubre; 234/2008, de 23 de abril; 895/2011, de 30 de noviembre; 520/2017, de 27 de septiembre, y 234/2018, de 23 de abril.

En síntesis, se señala que la cláusula es delimitadora, no limitativa del riesgo. En cualquier caso, de reputarse como limitativa, cumple las exigencias del art. 3 de la LCS, toda vez que se encuentra destacada en las condiciones particulares de la póliza en negrita, además bajo el epígrafe, enmarcado y con mayúsculas: "POR FAVOR, LÉASE CON ATENCIÓN Y FÍRMESE SÓLO EN CASO DE ESTAR DE ACUERDO CON SU CONTENIDO", y dichas condiciones, de nueve páginas, están suscritas con la firma autógrafa del tomador de seguro.

Se sostuvo también que la redacción era clara, en el sentido de que caducaba la cobertura por fallecimiento en la anualidad de vigencia del seguro en la que el asegurado cumpliese los 65 años, entendiendo por anualidad los periodos de vigencia de la cobertura que finalizan el 15 de diciembre de cada año, por lo que la interpretación de la audiencia de que era factible reputarlo vigente hasta el 31 de diciembre de 2010 no se sostiene.

En contra de lo alegado por la parte recurrida el presente recurso presenta interés casacional; pues se indica el precepto de derecho material o sustantivo que se considera infringido como es el art. 3 de la LCS, cita y explica las razones en virtud de las cuales entiende que la jurisprudencia de esta Sala resulta vulnerada, así

como las consecuencias que derivan de su aplicación al caso, con lo que se cubren las exigencias formales del art. 477.2. 3.º y 3 de la LEC.

No cabe, por lo tanto, acoger la petición de inadmisibilidad opuesta, y procede entrar en el conocimiento del recurso de casación interpuesto.

La demandante recurrida defendió los argumentos de la sentencia del tribunal provincial, así como señaló que, en caso de estimarse el recurso, debía entrarse en el examen de la acción subsidiaria interpuesta, concerniente a la cobertura de incapacidad permanente absoluta, que no fue abordada por los tribunales de primera y segunda instancia, al acogerse la pretensión principal ejercitada.

TERCERO.- *Estimación del motivo del recurso*

El artículo 3 de la LCS norma que las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa, así como que se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que deberán ser específicamente aceptadas por escrito.

La jurisprudencia y la doctrina han realizado un esfuerzo conjunto para definir cuáles son las notas características configuradoras de la esencia jurídica de estas condiciones limitativas que, por su indiscutible transcendencia, se encuentran revestidas de una especial protección legal, así como determinar los criterios distintivos con respecto a las condiciones delimitadoras del riesgo, cuya función radica en concretar los contornos de la cobertura aseguradora, y no propiamente de restringirla o condicionarla negativamente como aquellas otras cláusulas.

A este reto responde la sentencia 853/2006, 11 de septiembre, del pleno de esta Sala 1.ª del Tribunal Supremo que precisa, tras señalar que son delimitadoras las condiciones "mediante las cuales se concreta el objeto del contrato, fijando qué riesgos, en caso de producirse, por constituir el objeto del seguro, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación, y en la aseguradora el recíproco deber de atenderla", adiciona que se deben reputar como tales las que determinan: (i) qué riesgos constituyen el objeto del seguro; (ii) en qué cuantía; (iii) durante qué plazo; y (iv) en que ámbito temporal o espacial.

Esta doctrina es reiterada en otras muchas resoluciones como las sentencias 1051/2007 de 17 de octubre; 676/2008, de 15 de julio; 738/2009, de 12 de noviembre; 598/2011, de 20 de julio; 402/2015, de 14 de julio; 541/2016, de 14 de septiembre; 147/2017, de 2 de marzo; 590/2017, de 7 de noviembre; 661/2019, de 12 de diciembre, o más recientemente 87/2021, de 17 de febrero.

El papel que, por el contrario, se reserva a las cláusulas limitativas radica en restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado a la indemnización, una vez que el riesgo, objeto del seguro, se ha producido (SSTS de 16 de mayo y 16 octubre de 2000; 273/2016, de 22 de abril; 520/2017, de 27 de septiembre; 590/2017, de 7 de noviembre, y 661/2019, de 12 de diciembre).

En palabras de la sentencia 953/2006, de 9 de octubre, serían "[...] las que empeoran la situación negocial del asegurado".

Un criterio utilizado para determinar la naturaleza de ciertas cláusulas para darles el tratamiento de limitativas, es referirlo al contenido natural del contrato; esto es "[...] del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora" (SSTS 273/2016, de 22 de abril, 541/2016, de 14 de septiembre y 147/2017, de 2 de marzo). En este sentido, se atribuye la condición de limitativa a la cláusula sorpresiva que se aparta de dicho contenido ordinario (STS 58/2019, de 29 de enero, 661/2019, de 12 de diciembre y 87/2021, de 17 de febrero).

Las consecuencias de dicha diferenciación devienen fundamentales, dado que las cláusulas delimitadoras, susceptibles de incluirse en las condiciones generales para formar parte del contrato, quedan sometidas al régimen de aceptación genérica, sin la necesidad de la observancia de los requisitos de incorporación que se exige a las limitativas (SSTS 366/2001, de 17 de abril; 303/2003, de 20 de marzo; 14 de mayo 2004, en recurso 1734/1998; 1033/2005, de 30 de diciembre): mientras que éstas últimas deben cumplir los requisitos previstos en el art. 3 LCS; esto es, estar destacadas de un modo especial y ser expresamente aceptadas por escrito, formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto (SSTS 516/2009, de 15 de julio; 268/2011, de 20 de abril; 541/2016, de 14 de septiembre; 234/2018, de 23 de abril; 58/2019, de 29 de enero; 418/2019, de 15 de julio), y que además han de concurrir, no alternativamente, sino de forma conjunta (SSTS 676/2008, de 15 de julio; 402/2015, de 14 de julio; 76/2017, de 9 de febrero y 661/2019, de 12 de diciembre).

Pues bien, con base en dicho apoyo jurisprudencial hemos de determinar la naturaleza jurídica de la condición particular cuestionada. Para tal cometido, partimos de la base de que el litigioso es un contrato de seguro de vida, definido por el art. 83 de la LCS, como aquel por el cual "[...] el asegurador se obliga, mediante el cobro de

la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente".

Conforme a la práctica del sector es habitual, como acontece en el caso que nos ocupa, que el seguro de riesgo de muerte se complemente con otras prestaciones como la invalidez absoluta permanente para todo tipo de trabajo.

El riesgo de la muerte constituye uno de los sectores más dinámicos del contrato de seguro ante las distintas posibilidades y modalidades que brinda la cobertura de la vida humana. En el proceso que enjuiciamos nos hallamos ante un seguro de vida para el caso de muerte, en el que el tomador asegura su propia existencia, constituyendo el riesgo la incertidumbre sobre la duración de la vida humana, en tanto en cuanto constituye un evento *certus an, incertus cuando* (cierto si, incierto cuando), puesto que las personas estamos sometidas a la inexorable ley del fallecimiento bajo la incertidumbre del concreto momento en que tal desenlace se producirá, dentro claro está de los límites temporales de la supervivencia humana, finita por naturaleza.

No es de extrañar entonces que la edad, el estado de la salud, los riesgos vitales a los que está sometida la actividad a la que se dedica o practica el asegurado constituyan pilares fundamentales a la hora de contratar esta clase de seguros, y ello no sólo a los efectos de determinar el umbral del riesgo, sino también como imprescindible elemento para el cálculo actuarial de la prima.

Pues bien, el seguro para el caso de muerte admite como modalidades, barajando el transcendental elemento de su duración, la de seguro de vida entera y la de seguro para el caso de muerte a tiempo parcial o con carácter temporal.

La esencia del seguro a vida entera radica en que la compañía cubre el riesgo del fallecimiento del asegurado sin limitación temporal alguna hasta que se produzca el fallecimiento; mientras que, cuando se pacta con carácter temporal, se asegura el mismo riesgo de la muerte, pero dentro de unas determinadas coordenadas temporales que con inherentes a esta tipología de coberturas.

En el caso que nos ocupa, no ofrece duda que el contrato de seguro suscrito es un seguro de vida temporal, como así consta en las condiciones generales y especiales de la póliza que especifican que se trata de un seguro de tal clase (pág. 21). Es más tampoco cuestiona tal tipología de cobertura la propia parte demandante.

Es, por ello, que la determinación del límite temporal del seguro no es una condición limitativa del riesgo, sino delimitadora del objeto del contrato de seguro de vida suscrito.

No la podemos considerar como una cláusula sorpresiva como razonamos en la sentencia 87/2021, de 17 de febrero, en la que explicamos:

"Este motivo tampoco debe ser estimado. Como hemos señalado en la sentencia del pleno de esta Sala 661/2019, de 12 de diciembre:

""Un criterio distintivo utilizado para determinar el concepto de cláusula limitativa, es referirlo con el contenido natural del contrato, esto es "[...] del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora" (SSTS 273/2016, de 22 de abril, 541/2016, de 14 de septiembre y 147/2017, de 2 de marzo). En este sentido, se atribuye la condición de limitativa a la cláusula sorpresiva que se aparta de dicho contenido (STS 58/2019, de 29 de enero). En el mismo sentido, se expresa la STS 715/2013, de 25 de noviembre, cuando precisa que "[...] incluso hay supuestos en que las cláusulas que delimitan sorprendentemente el riesgo se asimilan a las limitativas de los derechos del asegurado".

"Muy gráficamente lo explica la STS 273/2016, de 22 de abril, cuando bajo el epígrafe expectativas razonables del asegurado, señala:

""Cuando legislativamente se estableció un régimen específico para que determinadas condiciones generales del contrato de seguro alcanzasen validez, se estaba pensando precisamente en las cláusulas que restringen la cobertura o la indemnización esperada por el asegurado. Estas cláusulas pueden ser válidas, pero para ello se requiere que el asegurado haya conocido las restricciones que introducen -es decir, que no le sorprendan- y que sean razonables, que no vacíen el contrato de contenido y que no frustren su fin económico y, por tanto, que no le priven de su causa [...] Precisamente cuando hay contradicción entre las cláusulas que definen el riesgo y las que lo acotan es cuando puede producirse una exclusión sorprendente".

"En definitiva, cuando una determinada cobertura de un siniestro es objetiva y razonablemente esperada por el asegurado, por constituir prestación natural de la modalidad de seguro concertado, es preciso que la restricción preestablecida cuente con la garantía adicional de conocimiento que implica el régimen de las

cláusulas limitativas, por lo que la eficacia contractual de las condiciones sorpresivas queda condicionada a las exigencias del art. 3 LCS.

"Pues bien, en este caso, no es aplicable la mentada doctrina, en tanto en cuanto es inherente a la modalidad de seguro de vida pactado el establecimiento de un límite temporal de cobertura, que constituye su esencia; por lo que no cabe atribuir el calificativo de sorpresiva a una condición delimitadora ínsita en la propia naturaleza jurídica del contrato suscrito o dicho de otra forma de su alcance típico o usual".

En efecto, la determinación del límite temporal de cobertura de un seguro de vida a tiempo parcial es un elemento esencial del propio contrato, al que no podemos atribuir la condición de cláusula limitativa del riesgo, sino definidora del objeto del contrato.

Por otra parte, aun en la hipótesis de considerarse la condición como limitativa, como se sostiene por el demandante, tampoco podría estimarse la demanda, toda vez que la condición XV figura en las condiciones particulares aportadas por la propia demandante, bajo el epígrafe enmarcado, en negrita y con mayúsculas "POR FAVOR, LÉASE CON ATENCIÓN Y FÍRMESE SÓLO EN CASO DE ESTAR DE ACUERDO CON SU CONTENIDO", y, en el texto de dicha condición, también en negrita resulta "límite de caducidad de cobertura: Al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años actuariales", y en las condiciones generales y especiales consta que se trata de un seguro de vida temporal.

Las cláusulas delimitadoras y limitativas de la póliza que figuran en las condiciones particulares abarcan el final de un folio, otro entero y menos de la mitad del tercero, se trata de páginas consecutivas, con lo que dicha cláusula no se halla desperdigada u oculta entre otras heterogéneas de manera que pueda pasar desapercibida; lejos de ello, se encuentran destacadas y figuran avaladas con la firma del tomador del seguro.

La firma del tomador aparece al final de las condiciones particulares en las que está inserta la estipulación litigiosa, con lo que se cumple el requisito de la suscripción. En la sentencia 234/2018, de 23 de abril, hemos señalado que:

"La STS de 17 de octubre de 2007 (RC 3398/2000) consideró cumplida esta exigencia cuando la firma del tomador del seguro aparece al final de las condiciones particulares y la de 22 de diciembre de 2008 (RC 1555/2003), admitió su cumplimiento por remisión de la póliza a un documento aparte en el que aparecían, debidamente firmadas, las cláusulas limitativas debidamente destacadas. En ningún caso se ha exigido por esta Sala una firma para cada una de las cláusulas limitativas".

En cualquier caso, determinada la naturaleza de las condiciones generales de la póliza suscrita, la extinción del seguro a los 65 años conforma una cláusula de redacción clara, que no genera dudas interpretativas, que determinen la aplicación de la regla *contra proferentem* del art. 1288 del CC y su interpretación jurisprudencial (sentencias 248/2009, de 2 de abril; 601/2010, de 1 de octubre; 71/2019, de 5 de febrero; 373/2019, de 27 de junio, 636/2020, de 25 de noviembre y 87/2021, de 17 de febrero, entre otras), ni cabe alcanzar una conclusión distinta fundada en una hermenéutica sistemática de la póliza (art. 1285 CC).

El contrato litigioso se extinguió al alcanzar el asegurado los 65 años, una vez finalizó la anualidad prorrogada del contrato en que cumplió tal edad, momento en que la compañía quedó liberada de la obligación de atender al siniestro, al producirse fuera del contexto temporal pactado; de la misma manera que si, por el contrario, ocurre dentro del mismo habría de hacerse cargo del siniestro objeto de cobertura.

La interpretación alternativa dada por la demandante no es de recibo, al considerar que la expresión "al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años actuariales", supone su extensión hasta la finalización del año natural, y no al de la fecha final de cada renovación anual del contrato como es lo lógico. Aceptar la tesis de la parte demandante supondría una suerte de renovación de un contrato cancelado por un nuevo periodo contractual sin abono de prima, lo que carece de sentido.

En efecto, en este caso, el asegurado cumplió los 65 años, el NUM002 de 2010, al haber nacido el NUM002 de 1945. El contrato era anual renovable, se concertó, por primera vez, el 15 de diciembre de 2004, por lo que vencía el 15 de diciembre de cada anualidad. Cumplidos los 65 años por el asegurado, el 21 julio de 2010, la cobertura se prorrogó hasta el 15 de diciembre de 2010, pero no abrió un nuevo periodo de prórroga, desde tal fecha hasta el 15 de diciembre de 2011, para comprender el fallecimiento del asegurado el 31 de diciembre de 2010.

La edad actuarial es la del asegurado, que se tiene en cuenta en los seguros de vida a la hora de calcular el riesgo, que es tomada desde el cumpleaños más cercano a la fecha en la que la póliza empieza a tener vigencia. De esta manera, si se contrata un seguro de vida y quedan más de 6 meses para la fecha del cumpleaños, la edad real coincidirá con la edad actuarial, pero si quedan menos de 6 meses para el cumpleaños la edad actuarial será un año superior a la edad real; mas, en este caso, no ofrece duda que, antes de vencer el periodo

de vigencia de la anualidad prorrogada de la póliza, desde el 15 de diciembre de 2009 a 15 de diciembre de 2010, el asegurado contaba con los 65 años de edad, que cumplió el 21 de julio de éste último año, por lo que nada influye la edad actuarial.

En virtud de todo el conjunto argumental expuesto, tal motivo del recurso debe ser estimado, y considerar cancelada la cobertura suscrita de seguro de vida temporal objeto de contrato.

CUARTO.- *Examen de la acción subsidiaria de la exigencia de cobertura de incapacidad permanente absoluta del asegurado*

Al asumir la instancia (art. 487.3 LEC) debemos entrar a conocer sobre la acción subsidiaria interpuesta (sentencias 526/2020, de 14 de octubre y 58/2021, de 8 de febrero), que quedó imprejuzgada en las instancias al acogerse la principal de la demanda, pretensión que tampoco puede aceptarse.

Es evidente que las aseguradoras han de conocer los riesgos antes de asumirlos. Sin embargo, la celeridad y exigencias del tráfico jurídico son incompatibles con el hecho de que las compañías abran, en cada caso que se demande un seguro, los correspondientes expedientes de comprobación o estudio de los riesgos objeto de cobertura para aceptarlos o no. Proceder de esta manera dilataría, en términos inasumibles, la celebración de los contratos de tal clase. Se impone, entonces, como necesaria consecuencia contar con la colaboración del asegurado que, con honestidad y lealtad contractual, los declare y concretice en la medida en que los conoce. Desde la perspectiva expuesta, el seguro se configura como un contrato de *uberrimae fidei*, que exige la buena fe de asegurador y asegurado, especialmente en la fase precontractual.

No es de extrañar, en consecuencia, que adquieran especial importancia las declaraciones del asegurado sobre sus circunstancias personales a los efectos de la asunción de los riesgos por las compañías aseguradoras. Es obvio, que el precario estado de salud del asegurado constituye un riesgo probabilístico, de mayor o menor intensidad, sobre la proximidad de su fallecimiento, así como sobre la concurrencia de un cuadro clínico susceptible de ser calificado, en su evolución o estado actual, de incapacidad permanente. De ahí, el indiscutible interés contractual que adquieren tales datos del asegurado y el deber de ponerlos en conocimiento de la aseguradora.

A esta necesidad responde el art. 10 LCS que norma, al respecto, 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, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él".

En este caso, no se discute que el asegurado, durante la vigencia de la póliza, fue declarado en situación de incapacidad permanente absoluta, como consecuencia de resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 17 de junio de 2009, que estimó la reclamación previa a la vía jurisdiccional formulada por el Sr. Raúl , contra la resolución de 26 de marzo de 2009 de dicho instituto, denegatoria del reconocimiento de tal clase de incapacidad. El cuadro clínico determinante de dicha calificación radicó en "T. depresivo, Asma bronquial asintomática y HTA".

La compañía se opone a hacerse cargo del siniestro señalando que el demandado incumplió el deber de contestar con lealtad al cuestionario al que fue sometido por la compañía, con fecha 15 de diciembre de 2004, y avalado por su firma, en el que consta:

"HA PADECIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD: NO

"ESTA SOMETIDO A TRATAMIENTO MÉDICO: NO

"ESTA UD. DE BAJA MÉDICA, LABORAL POR ENFERMEDAD O ACCIDTE: NO

"TIENE ALGUNA MINUSVALÍA: NO

"LE HAN CONCEDIDO O ESTÁ TRAMITANDO EXPTE DE INCAPACID: NO

"ES USTED FUMADOR: SI

"CUÁL ES SU CONSUMO DIARIO

"CIGARRILLOS: 15

"INDIQUE PESO: 80

"INDIQUE TALLA: 174

"EL ASEGURADO DECLARA QUE HA CONTESTADO CON SINCERIDAD, QUEDANDO LAS GARANTÍAS DEL SEGURO SUJETAS, EN TODO CASO, A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA QUE SE DETALLAN EN ESTE DOCUMENTO Y EXPRESAMENTE EN LO RELATIVO A DELIMITACIONES Y EXCLUSIONES".

No obstante, en el informe elaborado por el Dr. Jesús Carlos , resulta con respecto al asegurado que "el 22 de noviembre de 2006 figura en la historia clínica el diagnóstico de "depresión mayor con sintomatología crónica grave, siguiendo tratamiento farmacológico que se prolonga hasta la actualidad"".

También, resulta acreditado documentalmente como, por tal dolencia, tras 515 días de baja laboral, en abril de 2007, se le expide alta para pasar a la situación de incapacidad laboral permanente, con lo que la baja laboral la inició, al menos, a finales de 2005.

En efecto, consta baja de la Seguridad Social por incapacidad temporal con fecha 30 de septiembre de 2005, en el que figura como diagnóstico "T depresivo de larga evolución", lo que supone un padecimiento anterior y prolongado, que no fue declarado al firmar el cuestionario en diciembre de 2004, pese a que lo venía padeciendo desde varios años antes.

En el expediente médico de 20 de febrero de 2006, se encuentra informe del facultativo tratante del asegurado, solicitado por la inspección médica, en que se lee: "[...] vengo atendiendo al paciente desde hace unos diez años de un trastorno depresivo grave", con referencia de la medicación pautada.

En el informe de revisión de grado de 6 de marzo de 2009, consta: "T depresivo mayor tratado desde 1996 en CSM Trinitat, refaractaria al tto y tendente a la cronicidad".

Con tal base documental debe concluirse que, al contestar al cuestionario, el tomador-asegurado Sr. Raúl padecía un trastorno depresivo grave con tendencia a la cronicidad, sometido a control periódico y tratamiento médico, por lo que faltó a la verdad cuando contestó a las dos primeras preguntas formuladas relativas a si padecía alguna enfermedad y estaba sometido a tratamiento médico.

No cabe negar que fuera el asegurado quien contestara al cuestionario cuando está avalado con su firma, y no existe prueba concluyente relativa a que fuera cubierto por terceros y que se limitara a suscribirlo, sin prestar atención a las respuestas que figuraban en el mismo, haciéndolas suyas.

En la reciente sentencia 681/2023, de 8 de mayo, dijimos sobre el deber de contestar al cuestionario del art. 10 de la LCS que:

"Sobre su validez material, la jurisprudencia también precisa 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" (sentencia 333/2020), y en cuanto a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto (sentencia 345/2020, con cita, entre otras, de las sentencias 323/2018 de 30 de mayo, y 53/2019, de 24 de enero), que el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 LCS precisa que concurran los siguientes requisitos:

""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".

"La referida jurisprudencia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración- cuestionario, siendo preciso reiterar, que en función de las concretas circunstancias concurrentes, esta sala ha apreciado la infracción del deber de declaración del riesgo tanto en virtud del carácter no impreciso del cuestionario -porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas- como también, pese a su generalidad, en virtud de la existencia de "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo" (sentencia 542/2017, de 4 de octubre, y posteriores)".

En la sentencia 726/2016, se confirmó la existencia de una actuación dolosa del asegurado/tomador por ocultar a sabiendas datos sobre su salud (antecedentes sobre depresión y posterior trastorno bipolar, que precisaron tratamiento con medicación) conocidos por él y que guardaban relación con las preguntas de los cuestionarios y con la naturaleza y cobertura de los seguros de vida e invalidez suscritos.

Aunque al asegurado no se le formularon preguntas sobre una patología o enfermedad en particular, la sentencia 72/2016, de 17 de febrero, concluyó que, teniendo el asegurado antecedentes de enfermedad psíquica (depresión) que venían mereciendo atención y tratamiento continuado desde al menos doce años antes de su adhesión, "[...] nada justificaba que respondiera negativamente a la pregunta de si había tenido o tenía alguna limitación psíquica o enfermedad crónica, y menos aún que también negara haber padecido en los cinco años anteriores alguna enfermedad que precisara tratamiento médico".

En la sentencia 542/2017, de 4 de octubre, se sostuvo que, si bien la pregunta de si padecía alguna enfermedad que necesitara tratamiento puede considerarse genérica; no obstante, por la naturaleza de los padecimientos que venía sufriendo el asegurado, desde años antes, existían suficientes elementos significativos para que debiera representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora los debiera tener en cuenta para poder valorar el riesgo cubierto.

También, en las sentencias 157/2023, de 3 de febrero y 417/2023, de 27 de marzo, se viene admitiendo, dentro de la casuística de cada caso, que lo hace propio, que el asegurado infringe su deber de declaración del riesgo cuando, pese a la generalidad del cuestionario, existen elementos significativos que debería representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo.

En virtud de las consideramos expuestas entendemos que, al menos, el tomador-asegurado incurrió en culpa grave, al contestar negativamente a las referidas preguntas del cuestionario (art. 10 de la LCS), sin advertir de la enfermedad que padecía, que debió necesariamente ponerla en conocimiento de la aseguradora, especialmente dada la gravedad de su cuadro clínico -depresión mayor- y su cronicidad desde el año 1996, para que procediera a la correcta valoración del riesgo; patología que, a la postre, fue la determinante de las continuas y prolongadas bajas médicas sufridas hasta la declaración de la incapacidad permanente absoluta por tal causa.

No cabe tener en cuenta, como elemento decisorio del presente proceso, el alegato de que en otra póliza se le abonó el mismo riesgo, al desconocerse las concretas circunstancias de tal caso, ni la testifical practicada a instancia de la parte actora desvirtúa la documental antes apreciada. Es difícil sostener que el asegurado careciera de la patología expuesta cuando aparece refrendada en la totalidad de los informes médicos obrantes en autos incluso de organismos públicos. Tampoco cabe a través de la testifical desvirtuar el contenido de un cuestionario suscrito por el asegurado y avalado con su firma que implica una evidente presunción de validez. Tampoco se demostró cumplidamente que fuera falsa su condición de fumador, peso y altura, que demás no constituyen datos decisivos a los efectos resolutorios de la presente demanda para restar credibilidad al hecho indiscutible de que firmó el cuestionario de salud de forma contraria a la verdad al menos en las preguntas decisivas antes reseñadas.

Por todo ello, esta segunda reclamación tampoco puede ser acogida.

QUINTO.- *Costas y depósito*

La estimación del recurso de casación conduce a que no se haga especial pronunciamiento sobre las costas, así como tampoco las correspondientes al recurso de apelación (art. 398 LEC) y que proceda la devolución de los depósitos constituidos para recurrir (apartado 8 de la disposición adicional decimoquinta de la LOPJ).

Desestimada la demanda se imponen las costas de primera instancia a la demandante en virtud del principio de vencimiento objetivo (art. 394.2 LEC).

F A L L O

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

:

1º- Estimar el recurso de casación interpuesto por la compañía demandada contra la sentencia 309/2019, de 17 de julio, dictada por la sección séptima de la Audiencia Provincial de Valencia, en el rollo de apelación civil n.º 325/2019, que casamos.

2º- Estimar el recurso de apelación interpuesto por la demandada contra la sentencia de 28 de septiembre de 2018, dictada por el Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Valencia, que revocamos y, en su lugar, dictamos otra por la que desestimamos la demanda formulada por D.ª Miriam contra la compañía de seguros BBVA Seguros, S.A., con imposición de costas a la parte demandante.

3.º- No se hace especial condena de las costas de los recursos de casación y apelación.

4º.- Se decreta la devolución de los depósitos constituidos para recurrir en casación y apelación.

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

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

Así se acuerda y firma.

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ