



Roj: **STS 3334/2025 - ECLI:ES:TS:2025:3334**

Id Cendoj: **28079110012025101079**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **07/07/2025**

Nº de Recurso: **6997/2020**

Nº de Resolución: **1075/2025**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **MANUEL ALMENAR BELENGUER**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SJPI, Madrid, núm. 60, 21-01-2020 (proc. 103/2019),**

SAP M 12434/2020,

STS 3334/2025

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 1.075/2025

Fecha de sentencia: 07/07/2025

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 6997/2020

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 02/07/2025

Ponente: Excmo. Sr. D. Manuel Almenar Belenguer

Procedencia: Audiencia Provincial de Madrid, Sección 13.^a

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. M^a Teresa Rodríguez Valls

Sentencia de señalamiento adicional

Transcrito por: ACV

Nota:

CASACIÓN núm.: 6997/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. Manuel Almenar Belenguer

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. M^a Teresa Rodríguez Valls

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 1075/2025

Excmos. Sres.

D. Ignacio Sancho Gargallo, presidente

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres



D. Manuel Almenar Belenguer

En Madrid, a 7 de julio de 2025.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto contra la sentencia núm. 348/2020 de 10 de noviembre de 2020, dictada por la Sección Decimotercera de la Audiencia Provincial de Madrid, en el rollo de apelación núm. 250/2020, derivado de los autos de juicio ordinario núm. 103/2019 del Juzgado de Primera Instancia núm. 60 de Madrid, sobre reclamación de cantidad. Es parte recurrente D.^a María Angeles , representada por la procuradora de oficio D.^a Noelia Nuevo Cabezuelo y bajo la dirección letrada de oficio de D.^a María José Ramiro Morales y parte recurrida Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija, representada por el procurador D. José Luis Pinto-Marabotto Ruiz y bajo la dirección letrada de D. Jordi Pujante Mitjavila y de D. Miguel Ángel Alonso Latorre.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Manuel Almenar Belenguer.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. Tramitación en primera instancia

1.La procuradora D.^a Noelia Nuevo Cabezuelo, en nombre y representación de D.^a María Angeles , interpuso demanda de juicio ordinario, contra Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija, en la que solicitaba se dictara sentencia, por la que:

« [...] «en la que estimando íntegramente la demanda se deje sin efecto o revoque la resolución denegatoria de dicha prestación acordada por la Junta Directiva de Altermutua en sesión celebrada el día 18 de octubre de 2018, y se le reconozca a mi representada la situación e invalidez permanente absoluta desde abril de 2018 y el derecho a percibir la prestación establecida de 1200 euros mensuales desde esa fecha, con abono del interés legal por las mensualidades pagadas con retraso y todo ello con expresa imposición de costas a dicha demandada».

2.La demanda fue presentada el 13 de diciembre de 2018 y, repartida al Juzgado de Primera Instancia núm. 60 de Madrid, se registró como juicio ordinario con el núm. 103/2019. Admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.El procurador D. José Luis Pinto-Marabotto Ruiz, en representación de Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija, se personó y contestó a la demanda, solicitando:

«la suspensión de las presentes actuaciones hasta que la cuestión prejudicial -el reconocimiento de la situación de incapacidad permanente absoluta- sea resuelta en la jurisdicción del orden Social, y, en su día, dicte Sentencia por la que, absolviendo a mi mandante de todos los pedimentos formulados en su contra, desestime íntegramente la demanda con expresa imposición de costas a la parte demandante»

4.Tras seguirse los trámites correspondientes, el Magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia núm. 60 de Madrid dictó sentencia núm. 11/2020 con fecha 21 de enero de 2020, cuya parte dispositiva es como sigue:

«[...] DEBO DESETIMAR Y DESESTIMO INTEGRAMENTE la demanda y sin expresa condena en costas».

SEGUNDO. Tramitación en segunda instancia

1.La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de María Angeles . La representación de Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija se opuso al recurso.

2.La resolución de este recurso correspondió a la Sección Decimotercera de la Audiencia Provincial de Madrid, que incoó el recurso de apelación núm. 250/2020 en el que, previos los oportunos trámites, recayó sentencia núm. 348/2020, de 10 de noviembre de 2020, cuya parte dispositiva es literalmente copiada, dispone:

«Que desestimando el recurso de apelación interpuesto por D^a María Angeles , representada por la Procuradora D^a Noelia Nuevo Cabezuelo, contra la sentencia dictada en fecha 21 de enero de 2020, por el Juzgado de Primera Instancia nº 60 de Madrid, en autos nº 103/2019, en los que fueron partes la apelante y Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados, representada por el Procurador D. José Luis Pinto-Marabotto Ruiz, debemos confirmar y confirmamos dicha resolución, con expresa imposición de las costas procesales causadas en el presente recurso a la parte apelante.»

TERCERO. Interposición y tramitación del recurso de casación



- 1.La procuradora D^a. Noelia Nuevo Cabezuelo, en representación de D.^a María Angeles , interpuso recurso de casación, que se fundamenta en un solo motivo: la infracción del art. 10 LCS y la jurisprudencia que lo interpreta, contenida en las sentencias 157/2016, de 16 de marzo, y 635/2007.
- 2.La Sección Decimotercera de la Audiencia Provincial de Madrid, tuvo por interpuesto el recurso de casación y acordó remitir las actuaciones a esta Sala Primera del Tribunal Supremo, con emplazamiento de las partes por término de treinta días.
- 3.Recibidas las actuaciones y personadas las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, esta Sala dictó auto de 15 de febrero de 2023, por el que se admitió el recurso y se acordó dar traslado a la parte recurrida personada para que formalizaran su oposición.
- 4.Previo el oportuno traslado, por la representación procesal de la parte recurrida, se presentó escrito de oposición al recurso presentado de contrario.
- 5.Al no solicitarse por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para votación y fallo el día, en que ha tenido lugar con el resultado que seguidamente se expresa.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.-El presente litigio versa sobre la reclamación de la asegurada contra su compañía de seguros para el cumplimiento de un contrato de seguro con cobertura de invalidez que se encontraba en vigor al producirse el siniestro, consistente en una incapacidad permanente absoluta (IPA) a consecuencia de una fibromialgia severa asociada a un grave cuadro depresivo. La controversia en casación se centra en determinar si la asegurada demandante, ahora recurrente, infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplió la declaración de salud al ocultar sus antecedentes psiquiátricos-psicológicos por trastornos alimenticios (bulimia).

Son datos relevantes para la decisión del recurso de casación los siguientes:

1.Hechos probados o no discutidos:

1.1. El 1 de septiembre de 2012 D.^a María Angeles , abogada ejerciente, nacida el NUM000 de 1978 y por tanto, de 34 años de edad en ese momento, causó alta como mutualista en Alter Mutua de Abogados (en realidad, Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija, en adelante Alter Mutua, la mutua o la aseguradora) y se adhirió a la póliza colectiva suscrita por esta entidad que, además del riesgo de fallecimiento, cubría el de IPA con una suma asegurada de 1.200 euros al mes. El seguro tenía una duración anual prorrogable (doc. 3 de la contestación a la demanda).

En lo que interesa, según el Reglamento de prestaciones de Alter Mutua (doc. 4 de la contestación a la demanda), Título XXI (folio 138 y ss. de las actuaciones de primera instancia):

«Artículo 1º. Naturaleza de la prestación

»[...]

»Se entiende por Incapacidad Permanente y Absoluta la situación física irreversible provocada por un accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del mutualista, determinante de la total ineptitud de éste por el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional».

«Artículo 8º. Exclusiones.

»El riesgo de Incapacidad Permanente y Absoluta está cubierto sea cual sea la causa, sin ninguna limitación territorial ni profesional.

»No obstante, quedan excluidas de la prestación las situaciones producidas por algunas de las siguientes causas:

»[...]

»c) Por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

»[...]».

1.2. En la «solicitud de inscripción» se incluyó una «declaración de salud», que fue cumplimentada electrónicamente por la propia asegurada y en la que se le formularon, en lo que ahora interesa, las siguientes preguntas (folio 186 vuelto de las actuaciones de primera instancia):



«[...]»

»13. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad que haya necesitado asistencia psiquiátrica o psicológica? Indique cuáles ¿Cuándo?

»14. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad no indicada en las anteriores preguntas? En caso afirmativo detalle la respuesta

»[...]»

La Sra. María Angeles respondió negativamente a estas preguntas.

1.3. En relación con los antecedentes de salud de la asegurada en el momento de suscribir la póliza, consta acreditado, en virtud de lo que declaró la propia interesada al psiquiatra del Servicio de Salud Mental del Hospital Universitario La Paz que firma el informe fechado el 20 de julio de 2015 (doc. 4 de la demanda), que cuando tenía 18 años sufrió un «cuadro ansioso-depresivo reactivo con conductas bulímicas por el que requirió tratamiento psiquiátrico y psicológico» del que mejoró. Estos mismos antecedentes se reflejan en el informe elaborado tres años después por el mismo servicio de psiquiatría (doc. 11 de la demanda).

1.4. En abril de 2014 fue diagnosticada de contractura muscular en columna cervical con sospecha de radiculopatía. Por esta patología cervical (cervicalgia con limitación funcional severa) fue intervenida quirúrgicamente por primera vez en el Hospital Quirón San Camilo el 4 de diciembre de 2014 (doc. 5 de la demanda). En el citado informe de 20 de julio de 2015 se hizo contar la existencia de un síndrome ansioso-depresivo «en contexto de la frustración por no conseguir la mejoría esperada» y la persistencia de conductas bulímicas, psicopatología en su conjunto que ya en ese momento dificultaba el desarrollo de una actividad laboral normalizada.

Al persistir el cuadro de cervicalgia, hubo de someterse a una segunda intervención en el mismo centro el 5 de marzo de 2016 (doc. 6 de la demanda) y, como los problemas cervicales no remitieron tras las intervenciones, la paciente visitó las unidades de neurología, psiquiatría y del dolor de distintos centros hospitalarios madrileños a fin de obtener solución a unos fuertes dolores (cervicales y también de cabeza) que no controlaba con analgesia y que la habían sumido en la depresión.

Así, en diciembre de 2016 se le diagnosticó «1.- Cefalea tensional crónica diaria, 2.- S. fibromiálgico, y 3.- Cuadro depresivo» (doc. 7 de la demanda); en enero de 2017 fue remitida al Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda para valorar el implante de un estimulador occipital (doc. 8 de la demanda) y se le diagnosticó «Neuralgia Occipital de Arnold; cefalea secundaria acompañada de dolor y manifestaciones: depresión, ansiedad secundaria al cuadro»; el 5 de junio de 2017 el Servicio de Neurología de la Fundación Jiménez Díaz la diagnosticó de cefalea crónica diaria con probable origen multifactorial» (doc. 10 de la demanda); y el 7 de febrero de 2018 acudió al Centro de Salud Nuestra Señora de Fátima donde se emitió informe clínico reseñando que la paciente sufría «dolor crónico que no se controla con analgesia» a resultas de la cirugía disco vertebral, y que había debutado «con un cuadro diagnosticado de fibromialgia y depresión que sigue en estudio por especialistas, le incapacita para realizar su trabajo habitual, sufre fuertes dolores de cabeza y resto de musculatura corporal» (doc. 9 de la demanda).

1.5. Con fecha 16 de febrero de 2018 el Equipo de Valoración y Orientación (EVO) de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid emitió un dictamen técnico facultativo (doc. 12 de la demanda) en el que se reconoció a la Sra. María Angeles un grado de limitación en la actividad global del 56%, 3 puntos por factores sociales complementarios, y en consecuencia, un grado de discapacidad total del 59%. Valoración para la que se tuvieron en cuenta los siguientes padecimientos:

- 1.º Trastorno de la afectividad por trastorno distímico de etiología psicógena.
- 2.º Limitación funcional de columna por trastorno del disco intervertebral de etiología degenerativa.
- 3.º Discapacidad del sistema osteoarticular por síndrome álgico de etiología no filiada.
- 4.º Alteración de la conducta por trastornos de la conducta alimentaria de etiología no filiada.

En abril de 2018 fue vista en el Hospital Ruber Internacional, donde se le diagnosticó fibromialgia (doc. 13)

1.6. En el mismo mes de abril de 2018 la Sra. María Angeles remitió un correo electrónico a Alter Mutua en el que solicitó la prestación prevista por IPA (folio 147 de las actuaciones de primera instancia). En mayo de 2018 Alter Mutua rechazó el siniestro y comunicó esta decisión a la asegurada, al considerar que la IPA traía causa de problemas de salud preexistentes a su alta en la mutualidad (en concreto, «patologías psico-psiquiátricas» que no declaró cuando cumplimentó el cuestionario de salud). Con fecha 26 de mayo de 2018 la Sra. María Angeles formuló reclamación ante la Defensora del Mutualista de Alter Mutua, que fue desestimada



con fecha 26 de junio. El 9 de julio la Sra. María Angeles interpuso nueva reclamación ante la Defensora del Mutualista de Alter Mutua y recurso de reposición ante la Junta Directiva de Alter Mutua. La reclamación y el recurso fueron desestimados con fecha 7 de noviembre de 2018, tanto con fundamento en la ocultación de los referidos antecedentes psico-psiquiátricos como por no resultar de la documentación médica «una ineptitud de su capacidad para realizar cualquier tipo de actividad laboral» (doc. 3 de la demanda y 6 de la contestación).

1.7. El 11 de abril de 2018 la Sra. María Angeles formuló solicitud de reconocimiento de la IPA ante el INSS. Este organismo denegó la situación de IPA por resolución emitida conforme al dictamen propuesta vinculante (folio 22 del expediente administrativo), por no alcanzar las lesiones grado suficiente de disminución de la capacidad laboral. En el dictamen propuesta vinculante se recogía el siguiente cuadro clínico residual:

«Discopatía cervical reintervenida. Trastorno ansioso-depresivo. Trastorno de la conducta alimentaria tipo bulimia. Síndrome de piernas inquietas. Fibromialgia».

En el informe médico de síntesis de 19 de abril de 2018, en el apartado limitaciones orgánicas o funcionales, se declaró lo siguiente:

«cuadro de inestabilidad emocional y ansiedad condicionado por estresantes tipo y problemas físicos. Conductas bulímicas. Cervicobraquialgia y migrañas crónicas».

La reclamante formuló reclamación previa, que fue desestimada en agosto del mismo año.

1.8. Con fecha 18 de octubre de 2018 la Sra. María Angeles presentó demanda contra Alter Mutua, la Tesorería General de la Seguridad Social (en adelante TGSS) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante INSS).

En este procedimiento laboral, encontrándose ya en trámite el presente litigio civil, se dictó auto de 7 de marzo de 2019 (folio 95 de las actuaciones de primera instancia) que acordó lo siguiente:

«Se acuerda resolver que este órgano carece de jurisdicción para conocer de la pretensión que se promueve frente a Alter Mutua, que en todo caso no lo podría hacer tampoco en este proceso, debiendo continuar el mismo frente a las entidades gestoras y lo que se refiere al pronunciamiento de la situación de incapacidad permanente».

Posteriormente el mismo juzgado de lo social dictó sentencia de 17 de septiembre de 2019 con el siguiente fallo (folios 274 y ss. de las actuaciones de primera instancia):

«Estimar la demanda sobre INCAPACIDAD PERMANENTE formulada por doña María Angeles contra el INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL y la TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, y en consecuencia, DECLARAR LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA con derecho a obtener prestación del 100% de la base reguladora de 592,59 euros y fecha de efectos de 28 de mayo de 2018».

En la fundamentación jurídica de la sentencia de lo social (en concreto, en el fundamento de derecho tercero) se razonaba que la demandante «se encuentra impedida para todo tipo de ocupación laboral reglada» pues «a las psicopatologías se añaden dolencias muscoesqueléticas que van acompañadas de migrañas crónicas, fibromialgia, piernas inquietas, y como señala el informe de La Paz "apenas puede moverse". Es cierto que la fibromialgia, a nivel jurisprudencial, ha perdido gran parte del impacto médico-legal que tuvo hace unos años, pero valorando el cuadro en conjunto, ha de admitirse el efecto incapacitante».

2.A finales de diciembre de 2018 la Sra. María Angeles promovió el presente litigio contra Alter Mutua reclamando el cumplimiento del contrato y, en consecuencia, que se reconociera a la demandante la situación de IPA desde abril de 2018 y el derecho a percibir desde esa fecha la prestación económica establecida en la póliza de 1.200 euros mensuales, con abono del interés legal por las mensualidades pagadas con retraso y costas del procedimiento.

En apoyo de sus pretensiones alegó, en síntesis, que la demandada debía hacerse cargo del siniestro porque la documentación médica que aportaba acreditaba la IPA y porque la demandante en ningún momento había ocultado antecedentes de salud causalmente relacionados con las patologías determinantes de su invalidez.

3.Alter Mutua se opuso a la demanda alegando, en síntesis y por lo que ahora interesa, que concurría prejudicialidad, por la interposición previa de demanda ante la jurisdicción social frente a la propia mutua, la TGSS y el INSS, en la que la Sra. María Angeles había solicitado la misma pretensión de declaración de IPA (docs. 1 a 4 de la contestación); y que en todo caso, no concurría la situación de IPA, por no tener la fibromialgia el grado de irreversible e invalidante para cualquier actividad laboral, ni podía obviarse que la mutualista había ocultado patologías psico-psiquiátricas previas a la suscripción de la póliza, relacionadas con la referida fibromialgia. Subsidiariamente, para el caso de que se condenase a la mutua, adujo que no



procedía condenarla a pagar la prestación desde abril de 2018 sino desde que se declarase o reconociera la situación de IPA.

4. La sentencia de primera instancia desestimó la demanda y condenó en costas a la demandante.

Razonó, en síntesis, lo siguiente: (i) el hecho de que la definición de IPA contenida en la póliza coincidiera con la utilizada por el INSS no significaba que la póliza solo cubriera la citada incapacidad en el caso de haber sido previamente declarada por el INSS; (ii) la sentencia del Juzgado de lo Social n.º 3 de Madrid de 17 de septiembre de 2019 y la pericial aportada al presente litigio (cuyas conclusiones figuran en el folio 237 de las actuaciones de la primera instancia del presente litigio) acreditaban la existencia de la IPA, dado que la demandante padecía dolencias crónicas y severas que la impedían realizar cualquier actividad laboral; (iii) no era un hecho discutido que a los 18 años la demandante tuvo un «cuadro bulímico» que fue «objeto de tratamiento» y constaba probado que cuando fue preguntada sobre si había necesitado asistencia psiquiátrica o psicológica, contestó que no, ocultando así dichos antecedentes de salud; y (iii) en estas circunstancias, según la jurisprudencia aplicable a la controversia (citaba y extractaba la sentencia de esta sala 72/2016, de 17 de febrero), la demanda debía desestimarse «como consecuencia de la falta de veracidad de las respuestas dadas», lo que a su vez hacía innecesario analizar la otra cuestión controvertida planteada por la demandada (la fecha inicial en que la demandante tendría derecho a percibir la prestación si se aceptara la existencia de cobertura).

5. La demandante recurrió en apelación al considerar que no podía vincularse el cuadro bulímico con la enfermedad causalmente determinante de la IPA (ya que se trató de un episodio aislado que no requirió tratamiento ni volvió a repetirse y que no tenía relación alguna con las patologías que desembocaron en la situación de invalidez), y que, conforme al art. 3 LCS, la cláusula contractual que excluía de cobertura las consecuencias de toda enfermedad preexistente no era oponible por ser limitativa de los derechos del asegurado. También pidió que se condonara a la demandada al pago de las costas de primera y segunda instancia.

Alter Mutua se opuso al recurso de apelación, alegando, en síntesis y por lo que ahora interesa, que, como declaró la sentencia apelada, la demandante había infringido su deber de declarar el riesgo al ocultar antecedentes por conductas bulímicas que precisaron tratamiento psicológico y psiquiátrico, que por tanto la sentencia apelada apreció correctamente la liberación del asegurador dado que «son las patologías psico/psiquiátricas de la Sra. María Angeles las que constituyen la limitación más importante para el desarrollo de cualquier actividad laboral», y que además las partes excluyeron expresamente de cobertura las patologías preexistentes. Subsidiariamente reiteró que la prestación debía fijarse en el momento en que se reconoció el derecho a la demandante, en ningún caso desde abril de 2018, y que no procedía la imposición de intereses de demora.

6. La sentencia de segunda instancia desestimó el recurso de apelación de la demandante y confirmó la sentencia apelada, con imposición de las costas de la segunda instancia a la apelante.

Sus razones son, en síntesis, las siguientes: (i) la controversia quedó limitada ya en primera instancia a la relevancia de la omisión en que incurrió la demandante al responder al cuestionario, por ocultar el proceso padecido cuando tenía 18 años; (ii) no se discute que existe una enfermedad que le impide desarrollar cualquier tipo de actividad laboral; (iii) no resulta de aplicación el art. 3 LCS porque lo que se discute es si cabe exonerar de responsabilidad al asegurador conforme al art. 10 LCS, esto es, por infringir el asegurado su deber de declarar el riesgo; (iv) no se discute que la asegurada, cuando fue expresamente preguntada al cumplimentar el cuestionario de salud, negó haber necesitado asistencia psiquiátrica o psicológica y por tanto ocultó sus antecedentes de bulimia, pero para que esta ocultación libere al asegurador «es necesario que este sea relevante por estar relacionado con la enfermedad que, en última instancia, determinó su situación de invalidez»; (v) en este caso, a la vista a) del informe médico del EVO, en el que, entre otros padecimientos determinantes de la IPA, se recoge una alteración de la conducta por trastornos de la conducta alimentaria de etiología no filiada; b) del informe de junio de 2019, en el que se alude a que la paciente estaba bajo tratamiento psiquiátrico desde marzo de 2015 por estado de ansiedad y síndrome ansioso depresivo relacionado con las limitaciones funcionales surgidas con la hernia discal y se recoge como juicio clínico trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de conducta alimentaria por bulimia; c) del informe pericial, en el que se reseña que la paciente sufre una «fibromialgia severa asociada a un cuadro depresivo muy incapacitante»; y d) de los informes psiquiátricos (doc. 4 de la demanda e informe de 20 de julio de 2015), en el que se alude a un cuadro depresivo con antecedentes de conductas bulímicas, «es incuestionable que los padecimientos previos sufridos por la demandante están directamente relacionados cuanto menos con las patologías psiquiátricas que habrían incidido de manera decisiva en la declaración de incapacidad».



7.La demandante interpuso recurso de casación por interés casacional en su modalidad de oposición a la doctrina jurisprudencial de esta sala, fundado en infracción del art. 10 LCS, sobre el deber de declarar el riesgo y la validez material de la declaración de salud. Como beneficiaria de justicia gratuita fue declarada exenta de constituir el correspondiente depósito para recurrir.

8.En su oposición al recurso la aseguradora recurrida ha solicitado su desestimación, tanto por causas de inadmisión como de fondo, con imposición de costas a la recurrente.

SEGUNDO.-El único motivo del recurso, enunciado bajo el epígrafe «Fundamentos del recurso», se subdivide en dos apartados o submotivos. En el primero se cita como infringido el art. 10 LCS, y en su desarrollo argumental, se alega, en síntesis, que la recurrente no vulneró su deber de declarar el riesgo por el hecho de responder negativamente a la pregunta contenida en la declaración de salud referida a sus antecedentes psico-psiquiátricos, pues la bulimia que padeció a los 18 años fue un episodio aislado, por el que no recibió tratamiento médico ni seguimiento posterior, que además no tenía relevancia alguna al no estar relacionada con las patologías que determinaron la IPA; y que al no poderse establecer una relación causa-efecto entre dicho episodio aislado y las patologías posteriores, no puede afirmarse de manera tan categórica como lo hace la sentencia recurrida que ha incidido en la declaración de invalidez. El segundo apartado o submotivo, fundado en infracción del mismo precepto, desarrolla la existencia del interés casacional invocado, que la recurrente identifica con la vulneración de la jurisprudencia contenida en las sentencias 157/2016, de 16 de marzo, «referida a una póliza de seguro de vida suscrita por el tomador/asegurado, en la que se contenía una cláusula estereotipada acerca de la salud general»; y 635/2007, sobre la necesidad de que la falta de exactitud suponga mala fe o dolo, se pruebe por el asegurador y exista «una relación causa-efecto entre la declaración inexacta o incompleta y el siniestro».

La aseguradora recurrida se ha opuesto al recurso alegando, en síntesis: (i) que el recurso es inadmisible por incurrir su planteamiento en numerosos defectos formales, en concreto los siguientes: a) incumplimiento de los requisitos de encabezamiento de los motivos, al no estructurarse el recurso en motivos o apartados separados y no tener un encabezamiento que permita conocer su contenido; b) incumplimiento de los requisitos de desarrollo de los motivos, por mezclar cuestiones heterogéneas, tanto jurídicas -que se plantean *ex novo* en casación, como la falta de vínculo causal- como fácticas («se discuten fundamentalmente los aspectos fácticos» sin respetar los hechos probados, toda vez que se niega la relación causal entre la patología ocultada y la que dio lugar a la IPA y se insiste en que la base fáctica de la sentencia recurrida no tiene sustento en los hechos probados); c) falta de justificación del interés casacional en la modalidad invocada, al limitarse a resumir en escasas líneas las dos sentencias de esta sala que se citan, las cuales además, al referirse a cuestiones diversas, heterogéneas, no demuestran una línea jurisprudencial uniforme sobre la controversia objeto del presente recurso ni guardan relación con las circunstancias del presente caso; y d) carencia manifiesta de fundamento, al alterar la recurrente la base fáctica de la sentencia recurrida, según la cual, se silenciaron antecedentes de salud (episodio de bulimia y su tratamiento) que sí tuvieron incidencia en la situación incapacidad reconocida; 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 la demandante, al ser preguntada por Alter Mutua mediante cuestionario de salud, negó haber padecido enfermedades que hubieran requerido asistencia psiquiátrica o psicológica, a pesar de que sabía de sus antecedentes por bulimia, y que estos antecedentes tuvieron una influencia directa en las enfermedades desencadenantes de la declaración de invalidez.

TERCERO.-No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la aseguradora por las siguientes razones:

1.^a) Como viene reiterando esta sala, en particular, al conocer de recursos sobre el art. 10 LCS y su jurisprudencia (p.ej. sentencias 1573/2023, de 14 de noviembre, 1503/2023, de 27 de octubre, y 417/2023, de 27 de marzo, esta última, con cita de las 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), dada la distinción entre causas de inadmisión absolutas y relativas, fijada en el auto del pleno de 6 de noviembre de 2013 (recurso 485/2012) y asumida por esta sala en múltiples resoluciones posteriores, para superar el test de admisibilidad puede ser suficiente 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.

2.^a) Estos requisitos se cumplen en este caso porque, aunque la formulación del recurso incurre en algunos defectos formales, sobre todo, por seguir la estructura de un escrito de alegaciones, lo determinante es que lo que se plantea en casación, con cita de la norma pertinente aplicable a la controversia (el art. 10 LCS) y esencial respeto a los hechos probados relevantes (aunque la recurrente incurra en algunas inexactitudes fácticas como afirmar, en contra de las conclusiones probatorias de la sentencia recurrida al respecto, que no fue tratada por



el episodio de bulimia que sufrió a los 18 años, lo relevante es que la recurrente no cuestiona el contenido de la declaración de salud que cumplimentó, ni su validez formal, ni cuáles eran los concretos antecedentes de salud preexistentes -el referido episodio bulímico- que ocultó), es una cuestión exclusivamente jurídica, consistente en si esa declaración fue materialmente válida a los efectos de que la aseguradora pudiera quedar exonerada de su obligación de pago por concurrir dolo o culpa grave de la asegurada, desde la perspectiva de la necesaria incidencia que ha de tener el antecedente de salud ocultado en la valoración del riesgo y en la situación clínica determinante de la invalidez.

3.º) Todo ello ha permitido a esta sala identificar ese problema jurídico y a la parte recurrida oponerse al recurso con pleno conocimiento de dicho problema jurídico.

CUARTO.-Como resume la sentencia 708/2025, de 9 de mayo, con cita de la 77/2025, de 14 de enero, la jurisprudencia configura el deber de declaración del riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que, además, recaen las consecuencias que derivan de la omisión del cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto.

De esta jurisprudencia (contenida, además de en las citadas, también p.ej. en las sentencias 726/2016, de 12 de diciembre; 222/2017, de 5 de abril; 542/2017, de 4 de octubre; 323/2018 de 30 de mayo; 53/2019, de 24 de enero, y 235/2021, de 29 de abril, 839/2021, de 2 de diciembre, 785/2021, de 15 de noviembre, 417/2023, de 27 de marzo, 687/2024, de 14 de mayo, 1623/2024, de 3 de diciembre, 1679/2024, de 16 de diciembre) se desprende que, para que exista incumplimiento del deber de declaración del riesgo por parte del tomador del seguro, deben concurrir los siguientes requisitos: (i) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; (ii) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; (iii) que el riesgo declarado sea distinto del real; (iv) 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; (v) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; (vi) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto.

Sobre la validez formal del cuestionario, es doctrina reiterada en el caso de los seguros de personas que la declaración de salud no tiene que estar sujeta a una forma concreta (sentencias 157/2016, de 16 de marzo, 726/2016, de 12 de diciembre, 542/2017, de 4 de octubre, 394/2020, de 1 de julio, y 1503/2023, de 27 de octubre).

Sobre su validez material, la jurisprudencia precisa (p.ej. sentencia 222/2017, de 5 de abril, y las citadas 687/2024, 1623/2024, y 1679/2024) que lo importante es si las preguntas formuladas (cuálquiera que sea la fórmula elegida por el asegurador) «fueron o no conducentes a que, en sus circunstancias, el tomador pudiera razonablemente advertir o ser consciente de la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que la aseguradora debiera conocer para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas».

Por tanto, lo determinante para la liberación de pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas sino el dolo o la culpa grave, es decir, (como precisó la sentencia 333/2020, de 22 de junio, y desde entonces viene reiterando la jurisprudencia de esta sala (en este sentido la reciente sentencia 912/2023, de 8 de junio, citada por las sentencias 1623/2024, y 1679/2024) «la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad».

Sobre esa doctrina general, su aplicación concreta ha llevado a la sala a distintas soluciones, justificadas por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario y por la incidencia del antecedente ocultado. Por su similitud con el caso que nos ocupa, resulta relevante la jurisprudencia sobre antecedentes de salud por patologías de tipo mental como la depresión de la que son ejemplo las sentencias 67/2014, de 14 de febrero, 72/2016 -citada por la sentencia de primera instancia-, 222/2017, de 5 de abril, 323/2018, de 30 de mayo, 621/2018, de 8 de noviembre, 661/2020, de 10 de diciembre, 333/2020, de 22 de junio, todas ellas citadas por la 785/2021, de 15 de noviembre, y la ya mencionada 1573/2023, esta última particularmente relevante para este caso, pues estimó el recurso de la asegurada al concluir que la patología depresiva por la que se le preguntó se trató de un «episodio puntual, sufrido varios años antes de que se suscribiera el seguro y a la toma de medicación durante un periodo de tres a cuatro semanas, insuficiente para que el asegurado debiera representarse el episodio de 2003 como una patología depresiva con suficiente relevancia para que la aseguradora valorase adecuadamente el riesgo».

QUINTO.-La aplicación de esta jurisprudencia al caso determina que el recurso deba ser estimado por las siguientes razones:



1.^{a)} Limitada la controversia a la validez material de la declaración de salud, en particular, desde la perspectiva de relación causal que ha de existir entre el antecedente de salud omitido y el riesgo cubierto (cuestión que no es nueva, sino que ha conformado el debate en las instancias) la base fáctica de la sentencia recurrida, incólume en casación, sobre la que se sustenta el juicio de valoración jurídica revisable por esta sala, se sustenta, como datos relevantes, en la existencia de una situación de IPA causada por un cuadro clínico complejo, con padecimientos tanto de tipo físico como psico-psiquiátrico. En este sentido, cabe destacar que la sentencia recurrida toma en consideración, en particular, la sentencia dictada por el juez de lo social, que asocia la invalidez a un cuadro clínico residual (dictamen propuesta vinculante), en el que se describen, además de patologías de la columna, otras de tipo ansioso-depresivo, pero, esto es lo relevante, no vinculadas únicamente y exclusivamente con el trastorno de la conducta alimentaria, así como unas limitaciones orgánicas y funcionales (informe médico de síntesis), que igualmente tienen que ver tanto con los problemas traumatológicos de tipo cervical por los que fue operada sin lograr que remitiera su dolor a nivel cervical y de cabeza, como con problemas de tipo mental -«inestabilidad emocional y ansiedad»- que tampoco aparecen exclusivamente vinculados a la bulimia diagnosticada y tratada cuando contaba 18 años (es decir, más de década y media antes de que se adhiera a la mutua). También cita el informe pericial aportado al presente proceso civil, cuyas conclusiones, en lo que ahora interesa, refrendan como causa de la IPA un cuadro de fibromialgia, crónico y sin curación, junto a un cuadro depresivo ansioso severo, que, sin embargo, el perito no vincula únicamente con los trastornos alimenticios del pasado. De hecho, en la pág. 12 del dictamen se recoge el síndrome depresivo ansioso como una patología concurrente, en ningún caso la única, que además el perito vincula con el dolor generalizado y con el cuadro depresivo (previo o posterior a ese dolor) resultante de la segunda cirugía a que se sometió en 2014.

2.^{a)} Por lo tanto, en estas circunstancias, que la asegurada, al preguntársele expresamente quince años después de su episodio bulímico, negara haber recibido asistencia psico-psiquiátrica por la bulimia, a pesar de que no podía desconocer su existencia, se trata de una mera inexactitud que no tiene la entidad suficiente para apreciar dolo o culpa grave liberador del pago de la prestación por parte del asegurador, al no influir decisivamente para que la aseguradora valorase adecuadamente el riesgo de invalidez objeto de cobertura.

SEXTO.-En consecuencia, procede estimar el recurso de casación, casar la sentencia recurrida y, en funciones de instancia, resolver el recurso de apelación de la parte demandante (en este mismo sentido la citada sentencia 1573/2023).

La pretensión de que se declare la existencia de IPA debe estimarse al corresponderse con el seguro contratado, una vez ha quedado probada dicha situación objetiva y la vigencia de la póliza cuando se produjo. Y, en congruencia con lo solicitado, procede reconocer el derecho a la prestación desde el 18 de abril de 2018, toda vez que la sentencia de lo social reconoce la existencia de IPA con base en las mismas limitaciones orgánicas y funcionales que refleja el informe médico de síntesis de dicha fecha, las cuales también objetivan otros dos informes médicos de abril de ese mismo año. Es decir, la sentencia de lo social y los referidos informes se limitan a reconocer una situación de invalidez que ya era una realidad en aquella fecha.

La estimación debe extenderse también a los intereses del art. 20 LCS. Como recuerda la sentencia 681/2023, de 8 de mayo, según jurisprudencia constante, sintetizada en la sentencia 739/2021, de 22 de noviembre, con cita de las sentencias 37/2021, de 1 de febrero, y 588/2021, de 6 de septiembre, debido al carácter marcadamente sancionador de los intereses del art. 20 LCS, que obliga a una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración y a descartar que la mera pendencia del proceso pueda convertirse en excusa para que la aseguradora no cumpla sus obligaciones, la apreciación de causa justificada, partiendo de los hechos probados, solo es posible «en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar», lo que acontece cuando las dudas afectan a la realidad misma del siniestro y también, cuando por las circunstancias del propio siniestro o por el texto de la póliza la duda racional alcance a la cobertura a cargo de la aseguradora. Circunstancias que no concurren en este caso, ya que no se discute ni el hecho de la situación de IPA de la asegurada estando la póliza en vigor ni que conforme a la póliza el siniestro estaba cubierto con una concreta suma asegurada.

SÉPTIMO.-Conforme al art. 398.2 LEC, no procede imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación, dada su estimación, ni las de la segunda instancia, dado que el recurso de apelación tenía que haber sido estimado.

Procede acordar la devolución de los depósitos constituidos para los recursos de apelación y casación, de conformidad con la disposición adicional 15^a, apartado 8, LOPJ.

Y conforme al art. 394.1 LEC procede imponer Alter Mutua las costas de la primera instancia, como se pidió expresamente en el recurso de apelación, dado que la demanda se estima íntegramente.



FALLO

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

1.º-Estimar el recurso de casación interpuesto por la demandante D.^a María Angeles contra la sentencia dictada el 10 de noviembre de 2020 por la sección 13.^a de la Audiencia Provincial de Madrid en el recurso de apelación n.^º 250/2020.

2.º-Casar la sentencia recurrida para, en su lugar, estimando el recurso de apelación interpuesto en su día por la demandante, estimar íntegramente la demanda y, en consecuencia, reconocer a la demandante el derecho a percibir la prestación o subsidio contratado y condenar a Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija a pagar a la demandante una prestación de 1.200 euros mensuales a partir del 18 de abril de 2018, incrementada con los intereses del art. 20 LCS desde dicha fecha.

3.º-No imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación ni las de la segunda instancia e imponer a la aseguradora demandada las costas de la primera instancia.

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

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

Así se acuerda y firma.