



## XDO.1A.INST.E INSTRUCCIÓN N.2 MONDOÑEDO

SENTENCIA: 00134/2021

ALCANTARA SN. MONDOÑEDO

Teléfono: 982.88.91.84/5/6/4/7, Fax: 982.88.91.88

Correo electrónico: mixto2.mondonedo@xustiza.gal

quipo/usuario: MR

Modelo: N04390

N.I.G.: 27030 41 1 2021 0000074

**ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000037 /2021**

Procedimiento origen: /

**Sobre OTRAS MATERIAS**

DEMANDANTE D/ña. [REDACTED]

Procurador/a Sr/a. SUSANA TAMARGO PRIETO

Abogado/a Sr/a. LUIS ISIDORO REGO VALCARCE

DEMANDADO D/ña. BBVA SEGUROS SA DE SEGUROS Y REASEGUROS

Procurador/a Sr/a. JUSTO ALFONSO FERNANDEZ EXPOSITO

Abogado/a Sr/a. FRANCISCO JAVIER BEAMONTE NAVAS

### SENTENCIA N° 134

En Mondoñedo, a 2 de diciembre de 2021.

Vistos por Ana M<sup>a</sup> Bande Ramudo, titular del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción N°2 de Mondoñedo, los presentes autos del Juicio Ordinario sobre reclamación de cantidad, seguidos ante este Juzgado bajo el número 37 del año 2021, a instancia de [REDACTED], actuando en su propio nombre y en interés de su hermana [REDACTED] representada por la Procuradora Tamargo Prieto y asistida por el Letrado Rego Valcarce contra la entidad BBVA Seguros SA, de Seguros y Reaseguros, representada por el Procurador Fernández Expósito y asistida por el Letrado Beamonte Navas.

#### ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO: Por la Procuradora Tamargo Prieto, en representación indicada y mediante escrito que por turno de reparto correspondió a este Juzgado, se presentó demanda de juicio ordinario contra la entidad BBVA Seguros SA de Seguros y Reaseguros, en la que, en síntesis, alegaba que el asegurado [REDACTED], cliente de la entidad BBVA, previo ofrecimiento de los comerciales, contrató un seguro de vida el día 21 de enero de 2014. El 4 de enero de 2020 falleció y le heredaron sus hijas, la actora y su hermana [REDACTED]. En el mes de noviembre de 2020, la entidad demandada ha procedido al pago a las herederas de la cobertura de capital adicional a decesos, haciéndolo en dos pagos sucesivos efectuados a las herederas el día 5 y 12 de noviembre de 2020, abonando en total 5.796,38 euros. Pero la demandada ha



continuado dilatando el pago del capital de seguro de vida-fallecimiento a las herederas quienes han aportado a la entidad demandada toda la documentación que les ha sido solicitada, sin que la entidad haya cumplido con el contrato. Continuaba alegando los fundamentos de derecho que estimaba de aplicación y terminaba solicitando que se dicte sentencia en la que se declare el incumplimiento contractual por parte de la demandada y se condene a la demandada a abonar el seguro de vida contratado haciendo entrega a la actora y su hermana de la cantidad de 10.000 euros, a abonar los intereses moratorios del artículo 20 de la ley del contrato de seguro desde el 4 de enero de 2020, fecha del fallecimiento del asegurado y hasta el momento del efectivo pago, y se condene a la demandada al pago de las costas procesales.

SEGUNDO: Admitida a trámite la demanda por decreto de 1 de marzo de 2021, se emplazó a la entidad demandada, quien compareció por medio del Procurador Fernández Expósito. Presentó escrito de contestación a la demanda, en el que, resumidamente, alegaba [REDACTED] contrató una póliza de seguro de vida, donde se recoge la declaración de salud suscrita por el asegurado, tras ser sometido a un cuestionario contenido en el boletín de adhesión, en el que declaraba estar en perfecto estado de salud, no dudándose de la veracidad de la información facilitada por el asegurado. El 4 de enero de 2020 el asegurado falleció por shock séptico como causa inmediata y como causa inicial una demencia mixta con otros procesos como diabetes e hipertensión arterial. La póliza contratada consta de dos garantías, capital por fallecimiento y capital por deceso, requiriendo este segundo capital acreditar el fallecimiento y opera para cubrir los gastos del deceso. La demandada abonó dicha garantía una vez acreditados los gastos del sepelio. En relación con la garantía del capital de fallecimiento, la demandada debe conocer las circunstancias médicas personales del asegurado, y por ello se requirió al beneficiario que aportase la documentación necesaria. El estado de salud del asegurado en el momento de la contratación no se adecuaba a la realidad médica del mismo, no habiendo contestado con sinceridad y buena fe el cuestionario de salud. Terminaba alegando los fundamentos de derecho que estimaba de aplicación y solicitando que se dicte sentencia, desestimando la demanda con imposición de las costas a la parte actora.

TERCERO: Se convocó a las partes para la celebración de la audiencia previa el día 8 de junio de 2020, a la que asistieron las partes debidamente representadas y asistidas. Tras intentar sin éxito la conciliación, la parte actora propuso como medios de prueba documental y testifical. La



parte demandada propuso prueba documental. Los medios de prueba propuestos fueron admitidos.

CUARTO: El acto de la vista tuvo lugar el día 5 de noviembre de 2021, al que asistieron las partes debidamente representadas y asistidas. Las partes practicaron los medios de prueba admitidos, formularon oralmente sus conclusiones, y las actuaciones quedaron concluidas y vistas para sentencia.

#### HECHOS PROBADOS

[REDACTED] firmó el día 21 de enero de 2014, un contrato de seguro de vida con la entidad BBVA Seguros SA, de Seguros y Reaseguros, cubriéndose el fallecimiento con un capital de 10.000 euros y el deceso/capital adicional al fallecimiento en la suma de 5.796,38 euros.

[REDACTED] falleció el día 4 de enero de 2020.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: En el presente procedimiento, por la parte actora se pretende obtener el cumplimiento de la obligación asumida por la entidad aseguradora, el pago de la indemnización pactada al haberse producido el riesgo asegurado, el fallecimiento, y se basa para ello, en la regulación de los contratos y del contrato de seguro. La entidad aseguradora demandada se opone alegando el haber faltado el asegurado a la verdad en la descripción del riesgo asegurado en el momento de la formalización del contrato, siendo el estado de salud del asegurado distinto al que derivaba del cuestionario.

Por tanto habrá que analizar si el asegurado cumplió correctamente con sus obligaciones en relación con el cuestionario que tenía que cubrir en el momento de la contratación, y en base a ello, establecer si la actora tiene derecho a la indemnización reclamada.

SEGUNDO: Nos encontramos en el ámbito de los seguros de personas, donde se comprenden todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado. En el artículo 89 de la Ley del Contrato de Seguros se dispone que en caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta ley. Uno de los principios básicos en la contratación de seguros privados es el principio de la buena fe, como se refleja en la regulación contenida en la Ley del Contrato de Seguros, en relación con las obligaciones del tomador del seguro. El artículo 10 impone al tomador del seguro 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, pudiendo el asegurador rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador de seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. En el mismo sentido, el artículo 11 establece que el tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en circunstancias más gravosas. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación, si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Señala la jurisprudencia que el asegurador debe tener perfecto conocimiento de todas las circunstancias del asegurado que influyan en el riesgo cubierto, ya que tales circunstancias son trascendentes respecto a la conclusión y condiciones económicas del contrato. Por ello, la máxima buena fe entre las partes contratantes lleva a que sea necesaria la obligada colaboración del futuro asegurado, en el sentido de tener que dar con lealtad, exactitud y diligencia al asegurador todas aquellas circunstancias que éste deba conocer para poder decidir si procede o no a la concertación del seguro o las condiciones del mismo, muchas de cuyas circunstancias específicas del asegurado son de exclusivo conocimiento de éste (Sentencias del Tribunal Supremo de 4 abril 1988 y 8 febrero 1989).

Señala la Jurisprudencia del Tribunal Supremo que la declaración incompleta e inexacta por parte del asegurado debe considerarse como culpa grave debiendo valorarse la violación del deber de declaración, en lo posible, con criterios objetivos, es decir, atendiendo no tanto a la buena o mala fe del asegurado, sino al dato de que el riesgo declarado y tenido en cuenta a la hora de la perfección del contrato sea diverso al riesgo realmente existente en aquel momento (Sentencia del Tribunal Supremo de 25 noviembre 1.993).

TERCERO: En el presente caso, el padre de la actora suscribió con la entidad demandada un seguro de vida el día 21 de enero de 2014. El padre de la actora falleció el día 4 de enero de 2020, indicándose como causa del fallecimiento en el



certificado de defunción, como causa inmediata un shock séptico y como causa fundamental una demencia mixta.

La parte demandada se opone a la pretensión de la parte actora alegando que el asegurado faltó a la verdad a la hora de firma el cuestionario, por padecer enfermedades previas y no las hizo constar en dicho momento.

El contrato suscrito recogía entre las garantías y capital asegurado el fallecimiento, así como deceso/capital adicional al fallecimiento. En la firma de dicho contrato, el asegurado cubrió el cuestionario de salud, que aparece incorporado debidamente al contrato y debidamente suscrito por el asegurado y asegurador. En dicho cuestionario, que recogía diez preguntas, el asegurado manifestó que no había padecido ni padecía ninguna enfermedad o afección crónica con necesidad de control médico o tratamiento durante tiempo superior a 15 días, que no está ni ha estado sometido a ningún tratamiento médico o psiquiátrico durante un tiempo superior a 15 días o a rehabilitación; que no está de baja médica laboral ni tiene minusvalía o limitación por enfermedad o accidente, que no tiene prevista consulta o revisión o prueba médica diagnóstica, que no tiene o no ha tenido cifras altas de tensión arterial ni ha tenido elevación de glucosa, colesterol, de valores hepáticos o de positividad para VIH o hepatitis en análisis de los dos últimos años, no se han concedido ni está tramitando expediente de incapacidad, no han padecido sus padres o hermanos con anterioridad a los 65 años enfermedades cardíacas, cerebrovasculares, diabetes, cáncer, no es fumador ni consume bebidas alcohólicas.

Hay que señalar que el cuestionario que fue suscrito por el asegurado se trata de un cuestionario incompleto con preguntas genéricas o ambiguas. En relación con este punto, la jurisprudencia del Tribunal Supremo, así las sentencias de 10 de diciembre de 2020, 30 de noviembre de 2020, y 11 de noviembre de 2020, señala que 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 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. Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 22

de junio de 2020, que del artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro resulta claramente que lo determinante para 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". Las sentencias de 10 de octubre de 2018 y 21 de abril de 2004 señalan que el incumplimiento del deber de declaración leal del artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro exige como 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".

Aplicando estas criterios al cuestionario al que fue sometido el asegurado, se puede apreciar que alguna de las preguntas formuladas adolecen de generalidad: enfermedad o afección crónica, tratamiento médico o psiquiátrico, minusvalía o limitación por enfermedad o accidente. Se deja al arbitrio del asegurado el determinar si padecía una enfermedad crónica o minusvalía. Se le realizaron preguntas genéricas sobre si ha tenido tensión arterial elevada o de glucosa o colesterol, sin preguntarle de manera directa por enfermedades o patologías. En el presente caso, se ha aportado el historial clínico del asegurado, y la entidad aseguradora pretende ampararse en el mismo para negar el derecho a la indemnización, alegando que en el momento de la firma del contrato, el asegurado había sido sometido a intervenciones quirúrgicas, y aparecen informes que así lo recogen. Sin embargo, no concreta que enfermedades y datos concretos el asegurado omitió. Es cierto que el asegurado recibió diversa asistencia médica y le diagnosticaron enfermedades con carácter previo, así en el año 1997, en el año 2006, 2007 y 2009, como señaló en fase de conclusiones el Letrado de la aseguradora. Ahora bien, hasta que se procedió a la firma del contrato en el año 2014, transcurrieron cinco años desde esa última asistencia indicada por la parte demandada, y el asegurado con las preguntas genéricas que se le realizaron no se representó como objetivamente influyentes dichos datos, a fin de que la aseguradora pudiera valorar el riesgo. El asegurado no tenía que ser necesariamente consciente al tiempo de firmar la póliza, de la importancia que aquellos antecedentes médicos remotos pudieran tener para la exacta



valoración del riesgo. A ello hay que añadir que las enfermedades que señala la aseguradora no fueron la causa que provocó el fallecimiento, que se debió a una demencia mixta, enfermedad cuyos síntomas aparecieron por primera vez en el año 2016, es decir, con posterioridad a la firma del contrato. Por tanto, no se aprecia en el asegurado la concurrencia de dolo o culpa grave a la hora de cubrir el cuestionario de salud.

Por todo ello, se considera que la entidad aseguradora queda obligada, al haberse producido el fallecimiento del asegurado, a indemnizar a los beneficiarios del seguro, y procede estimar la demanda interpuesta.

CUARTO: En cuanto a los intereses, la entidad demandada quedará obligada a abonar los intereses del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro, que devengue la suma de 10.000 desde la fecha del fallecimiento, que se produjo el día 4 de enero de 2020.

QUINTO: En materia de costas, señala el artículo 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que las costas se entenderán impuestas a la parte que haya visto rechazadas todas sus pretensiones, por lo que, en este caso, se entienden impuestas a la parte demandada.

Vistos los artículos legales citados y los demás de general y pertinente aplicación,

#### **FALLO**

Estimar la demanda interpuesta por [REDACTED] contra la entidad BBVA Seguros SA, de Seguros y Reaseguros, y condeno a la entidad demandada a abonar a la actora y a su hermana la cantidad de diez mil euros, cantidad que se incrementará con los intereses del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro que se devenguen desde el día 4 de enero de 2020. Todo ello con imposición de costas a la parte demandada.

Notifíquese esta sentencia a las partes, haciéndoles saber que contra la misma cabe recurso de apelación ante la Audiencia Provincial que, en su caso, deberá de interponerse ante este mismo Juzgado dentro de los cinco días siguientes al en que se notifique esta resolución. . Para su interposición será necesario previamente constituir un depósito de 50 euros en la cuenta de consignaciones de este Juzgado, condicionándose su admisión a esta consignación.

Llévese el original al libro de sentencias.

Por esta mi sentencia, de la que se expedirá testimonio para incorporarlo a las actuaciones, lo pronuncio, mando y firmo.