

# Trabajo Fin de Grado

El deber de declaración de riesgo en los seguros de  
personas

Autor

Víctor Motrel Martínez

Director

Esther Hernández Sainz

Facultad de Derecho, Universidad de Zaragoza  
2018-2019



## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>EL RIESGO COMO ELEMENTO CAUSAL DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA IMPORTANCIA DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO.....</b>	<b>6</b>
	1. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE RIESGO.....	6
	2. LA NECESIDAD DE DECLARACIÓN DE RIESGO POR EL TOMADOR. EL PRINCIPIO DE BUENA FE PRECONTRACTUAL COMO FUNDAMENTO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO.....	8
<b>III.</b>	<b>RÉGIMEN JURÍDICO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO...9</b>	
	1. ANTECEDENTES. REGULACIÓN EN EL CÓDIGO DE COMERCIO DE 1885 Y EN EL ANTEPROYECTO DE LEY DE CONTRATO DE SEGUROS DE 1969.....	9
	2. RÉGIMEN ACTUAL. LA CONFIGURACIÓN LEGAL DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO EN EL ARTÍCULO 10 LEY DE CONTRATO DE SEGUROS.....	11
<b>IV.</b>	<b>EL DEBER DE DECLARACIÓN.....</b>	<b>13</b>
	1. EL DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO COMO DEBER DE CONTESTACIÓN O RESPUESTA.....	13
	2. ELEMENTO SUBJETIVO.....	14
	2.1 Sujeto obligado a realizar la declaración de riesgo.....	14
	2.2 La aseguradora como receptora de la declaración de riesgo.....	17
	3. OBJETO DE LA DECLARACIÓN.....	18
	3.1 Cuestiones o datos requeridos por la aseguradora.....	18
	3.2 Circunstancias conocidas y que puedan influir en la valoración del riesgo.....	19
	4. FORMA.....	21
	4.1 El principio de libertad de forma en la declaración del riesgo.....	21
	4.2 El cuestionario como instrumento para canalizar habitualmente el deber de declaración. Valor y alcance.....	22
	4.3 El examen médico.....	23
<b>V.</b>	<b>INFRACCIÓN DEL DEBER DE DECLARACIÓN.....</b>	<b>26</b>
	1. PRESUPUESTO DE LA INFRACCIÓN.....	26

1.1. Introducción.....	26
1.2. Elemento objetivo de la infracción: Reserva o inexactitud.....	26
1.3. Elemento subjetivo de la infracción.....	27
1.3.1. Culpa leve.....	28
1.3.2. Dolo o culpa grave.....	29
2. CONSECUENCIAS DE LA INFRACCIÓN DEL DEBER DE DECLARACIÓN. RELEVANCIA DEL TIEMPO DE LA INFRACCIÓN.....	30
2.1 Conocimiento antes de la verificación del siniestro.....	30
2.2 Conocimiento una vez se ha verificado el siniestro.....	32
3. ESPECIAL TRATAMIENTO DE LA INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE EDAD.....	33
4. CLÁUSULA DE INCONTESTABILIDAD EN EL SEGURO DE VIDA .....	34
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>38</b>

## ABREVIATURAS UTILIZADAS

APLCS1969	Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro de 1969
Art./arts.	Art./arts. Artículo/Artículos
AA.VV.	Autores Varios
Cit.	Citado
Coord.	Coord. Coordinador
Cc.	Código Civil de 1989
CCom.	Código de Comercio de 1885
DGSFP	Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Dir.	Director
LCS	Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro
LMSRP	Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados
p.ej.	Por ejemplo
Secc.	Sección
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
Pág./págs.	Página/páginas
t.	Tomo
Vid.	Véase

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **Cuestión tratada en el Trabajo de Fin de Grado**

La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro supuso un giro radical en la regulación de uno de los productos financieros más importantes: los seguros, abandonando así la obsoleta ordenación que el Código de Comercio realizaba de los mismos. La nueva norma también introdujo una renovada concepción del deber de declaración de riesgo, regulándose por primera vez en un instrumento legal y fijando un medio a través del cual canalizarlo: el cuestionario. Desde entonces, la Ley ha sufrido diversas reformas, algunas de ellas de especial importancia, como la operada en el artículo 10, añadiendo un nuevo inciso al párrafo primero referente al deber de declaración, por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre; o la Disposición adicional 5ª, incluida por la Ley 4/2018, de 11 de junio, para asegurar la no discriminación por razón de ciertas condiciones de salud, como el VIH. Además, a lo largo de estas casi cuatro décadas de vigencia, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha venido a perfilar con detalle distintos aspectos clave del deber de declaración del riesgo.

Este trabajo tiene por objeto analizar el régimen jurídico de este deber de declaración de riesgo consagrado en la Ley de Contrato de Seguros, tanto desde un punto de vista legal, como doctrinal y, sobre todo jurisprudencial, para determinar con claridad su contenido y las consecuencias unidas al eventual incumplimiento de tal deber.

### **Razón de la elección y justificación de su interés**

Los seguros son una parte fundamental del mercado financiero, como método de inversión y como mecanismo de previsión ante muy diversos riesgos. Su técnica compleja requiere de un previo estudio para su comprensión y desarrollo. La imposibilidad de abarcar todo su estudio en un trabajo hace que nos centremos en una problemática en concreto: la declaración de riesgo. La ley imputa tal deber de declaración al tomador del seguro, obligándole a declarar todas las circunstancias que se hallen en su conocimiento, conforme a lo que la aseguradora le requiera. Tal deber, por supuesto, viene unido a una sanción para el caso de incumplimiento, que, dependiendo de la gravedad de la infracción puede llegar a predicar soluciones muy gravosas para las partes.

La libertad de las compañías a la hora de suscribir las coberturas solicitadas por los clientes, pues, al fin y al cabo nos encontramos ante una modalidad más de contratación, infundía temor a ciertos usuarios, que quizás pudieran ver rechazada su oferta en caso de que la aseguradora descubriera ciertos riesgos (como enfermedades o patologías si nos

movemos en el ámbito de los seguros de personas), o que la cobertura se aceptara a un precio mucho más elevado les llevaba a ocultar esa información a las mismas.

Todas estas cuestiones se encuentran en nuestra sociedad a la orden del día, y la realidad en muchas ocasiones pone en tela de juicio las interpretaciones doctrinales y las líneas jurisprudenciales más importantes, obligándonos a realizar un esfuerzo para mantener el equilibrio y aunar los intereses de ambas partes. A pesar de los estudios ya realizados en esta materia, considero que se hace necesario, y está plenamente justificado, un nuevo estudio sobre el régimen legal y las consecuencias de tal deber, adaptado a la nueva realidad de nuestro tiempo y la evolución jurisprudencial más reciente.

### **Metodología seguida en el desarrollo del trabajo**

Este trabajo se centra en el análisis del deber de declaración del riesgo desde un triple punto de vista: legal, doctrinal y jurisprudencial, y centrándonos en los seguros sobre la persona.

El punto de partida lo encontramos en un análisis legal de los preceptos donde se contiene tal deber. El tenor literal de los artículos de la LCS nos proporciona ya valiosa información sobre cómo ha querido el legislador configurar tal declaración, especialmente si se contrasta con la situación inmediatamente anterior. No obstante, el análisis del Derecho positivo ha de ir irremediamente unido a un estudio de la realidad, y de cómo se suceden este tipo de relaciones en la práctica. El creciente aumento en la contratación de este tipo de instrumentos, unido a los avances tecnológicos hace necesario analizar cómo se hará frente a los nuevos desafíos que se plantean, todo ello con la legislación actual. Es por eso que también resulta muy enriquecedor el estudio de la doctrina que, sin olvidar la realidad social, ofrece, en un plano teórico, soluciones concretas para conflictos que puedan surgir y para supuestos que no encuentran cabida legal de manera directa y automática.

Sin embargo, en cualquier caso, serán los Tribunales quienes finalmente decidirán sobre las controversias surgidas entre las partes. Es por ello que el análisis jurisprudencial es la última, y quizás más importante, fase de trabajo. A partir de este punto se pueden observar los diferentes estadios por los que ha pasado la doctrina jurisprudencial, algunos de ellos evolucionando conforme se sucedían los años, y otros manteniéndose de manera prácticamente invariable. Sea como fuere, la labor de los jueces sigue en continuo avance, y no deja de haber pronunciamientos que, en algunas ocasiones, proporcionan soluciones propias a este ámbito autónomo que es el Derecho de seguros.

Desde esta perspectiva se ha analizado en profundidad la configuración del deber de declaración de riesgo en los seguros de personas y las consecuencias jurídicas ligadas a su incumplimiento.

## **II. EL RIESGO COMO ELEMENTO CAUSAL DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA IMPORTANCIA DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO.**

### **1. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE RIESGO**

El contrato de seguro se configura como un contrato aleatorio, sinalagmático, mercantil, y, en ocasiones, a favor de tercero, en virtud del cual una persona –el asegurador– se compromete frente a otra –el tomador– al pago de una prestación pecuniaria, dentro de los límites y condiciones pactados, para el caso de que se verifique un hecho dañoso de los contemplados en el contrato –siniestro–.

El riesgo en el contrato de seguro es, cuanto menos, un elemento configurador fundamental. La doctrina es unánime en aplicar al contrato de seguro las categorías generales relativas a los requisitos para la existencia de contrato<sup>1</sup>, requiriendo para que este sea válido, la concurrencia de consentimiento, objeto y causa. Y así VEIGA COPO<sup>2</sup> considera que mientras el objeto viene dado por el interés, entendido como la relación jurídico-económica que une al asegurado con la cosa o bien; el riesgo es un elemento que incide en la causa del contrato. Esto es así en atención a la propia naturaleza del negocio. La causa, desde el punto de vista del tomador, no es sino el riesgo cubierto por el asegurador; en cambio, la causa para la aseguradora no es sino el cobro de la prima, motor que origina y provoca la obligación de prestar esa cobertura futura. Difícilmente puede entenderse este tipo de negocios jurídicos sin la noción de riesgo<sup>3</sup>.

El contrato de seguro cumple así una finalidad principalmente indemnizatoria. Esta idea, que ligamos al concepto de riesgo, es lo que nos permite definirlo como la posibilidad de que se produzca un hecho dañoso que haga nacer la necesidad pecuniaria cubierta por el

---

<sup>1</sup> En este sentido, SÁNCHEZ CALERO, F., *Ley de contrato de Seguro: comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, Aranzadi, Cizur Menor, 2005, pág. 121; VEIGA COPO, A., *Tratado de Contrato de Seguro*, Civitas, Cizur Menor, 2016, pág. online 7.

<sup>2</sup> VEIGA COPO, A., *Tratado de...*, *cit.*, pág. 67. A favor de esta interpretación: LACRUZ MANTECÓN, M., *Formación del contrato de seguro y cobertura del riesgo*, 2013, pág. 77.

<sup>3</sup> VEIGA COPO, A., *Tratado de...*, *cit.*, pág. 67. A favor, MARCO ALCALÁ, L. A., *Seguros de personas: aspectos generales*, Aranzadi, Cizur Menor, 2006, pág. 35.

seguro<sup>4</sup>. Claro que esto debe entenderse con las peculiaridades propias de este tipo de contratos. Así, hemos apuntado que una de sus características es la aleatoriedad. Ya en el art. 1 de la LCS podemos apreciar esta particularidad, pues en la propia definición del contrato de seguro se incluye la referencia al riesgo a partir de la expresión: “...y para el caso de que se produzca el evento...”. El riesgo en el contrato de seguro es algo incierto, pero esto no debe confundirse con la idea de que todo tipo de riesgo puede ser asegurable. Como bien apunta VEIGA COPO<sup>5</sup>, la contingencia del riesgo, su cálculo y su previsibilidad no puede sino descansar en lo mutuo y lo estadístico. El riesgo debe configurarse como un elemento real, existente desde el momento, al menos, de la conclusión y perfección del contrato. La aleatoriedad es típica del contrato de seguro, pero no de la operación económica de seguro, dado que el objetivo de una aseguradora es precisamente evitar la aleatoriedad, estableciendo criterios para valorar el riesgo a cubrir, delimitándolo y dándole una forma más o menos precisa.

Dejando ahora de lado el resto de categorías contractuales, en los contratos de seguro de personas, se aseguran riesgos que afectan a la vida, la salud o la integridad corporal de una persona o de una pluralidad que forman parte de un colectivo determinado (p. ej. los trabajadores de una empresa). Así y a modo de ejemplo, en el caso de los seguros de vida para caso de muerte, la aseguradora va a calcular ese riesgo sobre la incierta expectativa de duración de la vida del asegurado<sup>6</sup>; mientras que, en el seguro de vida para caso de supervivencia, el siniestro del que depende la prestación consiste en la subsistencia del asegurado en una determinada fecha, cubriendo las necesidades inherentes a los mayores gastos que genera la vejez al asegurado<sup>7</sup>. En los seguros de salud o enfermedad, y en los seguros de invalidez, lo que se está asegurando es, de una manera u otra, los riesgos que afectan a la integridad física o la salud del mismo.

En resumen, el riesgo se configura como un elemento fundamental del contrato de seguro, también en los seguros de personas, al que se supedita su validez (no hay contrato de seguro sin riesgo), e incide en la causa, configurando, como veremos más adelante, las obligaciones de las partes. Tratándose de seguros de personas el conocimiento previo del estado de salud y otros datos personalísimos es esencial para la determinación del riesgo.

---

<sup>4</sup> TAPIA HERMIDA, A. J., *Derecho de Seguros y Fondos de Pensiones*, Iustel, Madrid, 2014., pág. 138.

<sup>5</sup> VEIGA COPO, A, *Tratado de...*, cit, 1. Concepto de contrato de seguro. 1.1 Límites, contornos y función del contrato de seguro.

<sup>6</sup> CANO, J.I., *El contrato a favor de tercero, el seguro de vida*, Cálamo, Mataró, 2005, pág. 135.

<sup>7</sup> TAPIA HERMIDA, A.J., *Derecho de...*, cit., pág. 201.

## 2. LA NECESIDAD DE DECLARACIÓN DE RIESGO POR EL TOMADOR. EL PRINCIPIO DE BUENA FE PRECONTRACTUAL COMO FUNDAMENTO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO.

Una vez analizado el concepto de riesgo y su incidencia fundamental en el seguro, queda patente la necesidad de que la aseguradora pueda valorarlo correctamente, delimitando así las condiciones del contrato. No obstante, y a diferencia de otras relaciones contractuales, donde las partes pueden conocer de forma autónoma e individualizada los elementos del contrato antes de su conclusión, el asegurador en este tipo de negocios no está capacitado ni en condiciones de apreciar por sí solo el contenido de la propuesta del (futuro) tomador<sup>8</sup>. En efecto, el momento en el que se manifiesta este deber de declaración de riesgo es en una fase precontractual, en la que existe una clara asimetría informativa entre las partes que están negociando. Y además, esta asimetría es doble: por un lado, la aseguradora no es capaz de conocer la verdadera identidad del riesgo al que el potencial asegurado pretende dar cobertura, puesto que se trata normalmente de circunstancias personales que se encuentran en manos del declarante y de su esfera privada; y, por otro lado, el asegurado se encuentra en una situación de relativa desventaja, pues los seguros tienen una técnica compleja y una terminología propia desconocida para la mayoría de los usuarios que desean contratar<sup>9</sup>. Todo lo anterior, acompañado muchas veces del desconocimiento de los derechos y deberes inherentes al negocio, supone que ambas partes irremediamente van a tener que confiar en los datos y la información que recíprocamente intercambiarán en esta fase precontractual, la cual les permitirá fijar los límites y la extensión del contrato (riesgo cubierto, capital máximo asegurado, prima a satisfacer...) en el supuesto de que finalmente suscriban el contrato.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de que la buena fe y la transparencia rijan esta fase precontractual y así lo ha entendido, no solo la doctrina, también la jurisprudencia desde sus primeras sentencias<sup>10</sup>: *“Dado el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe, exige inexcusablemente la colaboración del futuro asegurado, en el sentido de dar a conocer con lealtad, exactitud y diligencia al posible asegurador todas aquellas circunstancias que éste deba conocer para poder decidir, con el máximo*

---

<sup>8</sup> RUBIO VICENTE, P.J., *El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro*, Mapfre, Madrid, 2003, pág. 11.

<sup>9</sup> MUÑOZ PAREDES, M.L., *El deber de declaración de riesgo en el seguro*, Aranzadi, Cizur Menor, 2018, pág. 19.

<sup>10</sup> Por todas, STS (Sala de lo Civil) de 8 de febrero de 1989 (RJ 1989/761).

*conocimiento de datos, que solo el futuro asegurado puede aportarle, si acepta o no la concertación del proyectado seguro”.*

Estas exigencias de buena fe y transparencia alcanzan aún mayor relevancia si cabe en los seguros de personas, donde cómo hemos ya explicado los datos sobre salud, estado físico, hábitos, etc.... del asegurado son esenciales para determinar el riesgo a cubrir. Si al eventual carácter secreto de las informaciones objeto de valoración y a las dificultades intrínsecas a la efectiva valoración del estado de salud del asegurado, le añadimos el elevado coste material y personal en que incurriría la aseguradora si tuviera que investigar estos datos por sí misma, no cabe duda del carácter crucial de esta fase en la perfección del contrato y sus condiciones. Y no en vano, la ley regula con especial atención todo lo referente a la declaración del riesgo: su régimen jurídico y las eventuales consecuencias de su infracción; cuestiones estas que serán estudiadas en los epígrafes correspondientes.

### **III. RÉGIMEN JURÍDICO DEL DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO**

#### **1. ANTECEDENTES. REGULACIÓN EN EL CÓDIGO DE COMERCIO DE 1885 Y EN EL ANTEPROYECTO DE LEY DE CONTRATO DE SEGUROS DE 1969**

La primera referencia normativa en nuestro ordenamiento al deber de declaración del riesgo en el contrato de seguro se contenía en el ya derogado artículo 381 del Código de Comercio de 1885, y cuyo tenor literal era el siguiente:

*“Será nulo todo contrato de seguro:*

*1º Por la mala fe probada de alguna de las partes al tiempo de celebrarse el contrato.*

*2º Por la inexacta declaración del asegurado, aun hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.*

*3º Por la omisión u ocultación, por el asegurado, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato<sup>11</sup>”*

De la redacción de este precepto se desprende que una eventual declaración inexacta o una ocultación de datos acarreaban la nulidad radical del contrato. No se abría la puerta a ningún tipo de subsanación acordada por las partes, ni tampoco se preveía ninguna “sanción” en la determinación de la cuantía de la indemnización (por ejemplo, su

---

<sup>11</sup> Art. 381 CCom de 1885.

reducción), lo que minaba totalmente el principio de conservación del contrato. Esta consecuencia llegaba a rozar lo absurdo cuando se observa que el régimen era el mismo para las declaraciones hechas con dolo o mala fe que para las realizadas sin culpa, o incluso de buena fe, como dice el apartado 2º, siendo suficiente con que las reservas o inexactitudes fueran relevantes para la estimación del riesgo o para la simple decisión de la compañía de suscribir el contrato.

No obstante, lo que se hace evidente es que este precepto contiene implícito un verdadero deber de declaración del riesgo, en la medida en que es el asegurado quien, de manera espontánea, debe realizar la declaración de los riesgos. Sin embargo, no se articulaba ninguna norma especial sobre la forma de cumplimiento de este deber por parte del tomador (no se mencionaba un cuestionario o un documento a cumplimentar), que debía ser cumplido sin ayuda del asegurador, y siempre pechando el tomador con las consecuencias que una posible inexactitud, aun de circunstancias desconocidas para él, pudiera acarrear para la validez del contrato.

Este régimen tan estricto fue corregido por parte de la doctrina, pese a su contundencia<sup>12</sup>, en aras de mantener la seguridad jurídica en las relaciones contractuales, aplicando por analogía lo dispuesto en los artículos 1300 y 1302 del Código civil y considerando que el contrato está afectado por un vicio del consentimiento, con lo que la solución podría ser bien su anulación, bien su convalidación al hacer desaparecer el vicio (con una declaración exacta esta vez)<sup>13</sup>. Pero esta cuestión fue muy controvertida durante años, manteniéndose un encendido debate hasta que llegaron los primeros intentos legislativos para, no ya paliar, sino solventar de raíz esta cuestión.

El primero de estos intentos se plasmó en el Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro de 1969<sup>14</sup>, donde se incluyeron cuatro artículos referentes a esta cuestión, los artículos 9 a 12. Si bien se mantenían algunos de los defectos del entonces art. 381 del CCom, ya se adelantaban numerosas mejoras que terminaron por plasmarse en la Ley de Contrato de Seguro de 1980, hoy en vigor. En primer lugar, seguía manteniéndose la idea del deber de declaración como algo espontáneo: “...de todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo” (art. 9 APLCS 1969), y aunque es verdad

---

<sup>12</sup> En este sentido RUBIO VICENTE, P.J., *El deber...*, cit., pág. 31, nota 4 indica que se mostraron favorables a esta interpretación, entre otros: Ruiz Salas, J.M.; Sánchez Calero, F. o Duque Domínguez, J.F.

<sup>13</sup> RUBIO VICENTE, P.J., *El deber...*, cit., pág. 31.

<sup>14</sup> Véase MUÑOZ PAREDES, M.L., *El deber de...*, Aranzadi, Cizur Menor, 2018, págs. 73 y ss. Remitimos a lo expuesto en esta obra para el estudio completo de los diferentes anteproyectos y sus regulaciones.

que, por primera vez, se hacía mención al cuestionario como instrumento canalizador de tal deber, éste no se configuraba como elemento limitador de la declaración, sino para proteger al asegurador, al establecer la presunción *iuris tantum* de que las preguntas en él formuladas tenían influencia sobre la valoración del riesgo y que las omisiones o inexactitudes en las respuestas habían sido hechas de mala fe en cualquier caso.

Por otro lado, el APLCS 1969 sí modificó el régimen de consecuencias jurídicas para el caso de inexactitud en la declaración, distinguiendo entre la existencia o no de dolo (o culpa grave) por parte del tomador (*vid.* arts. 11 y 12 del Anteproyecto). Así, en ambos casos, la compañía disponía de la facultad de rescisión del contrato en el plazo de un mes desde que tuviera conocimiento de la reticencia o inexactitud, pero, en ausencia de dolo del tomador, se preveía expresamente a favor de la aseguradora la opción de proponerle una modificación al alza de la prima, en lugar de poner fin a la relación contractual, lo que sí respetaba el principio de conservación del contrato y, por ende, los intereses de las partes que, en la mayoría de ocasiones eran afines a la continuación del contrato.

Por último, y para el caso de que el siniestro se verificara sin haber tomado conocimiento la aseguradora de la reserva o inexactitud, y en el supuesto en que mediara dolo, la aseguradora quedaba liberada del pago de la prestación; mientras que, en su ausencia, la prestación se reduciría atendiendo a la relación existente entre la prima cobrada y la que debería haberse cobrado de haberse declarado correctamente el riesgo (la llamada en la práctica “regla de equidad” que hoy empleamos en este tipo de circunstancias).

## 2. RÉGIMEN ACTUAL. LA CONFIGURACIÓN LEGAL DEL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO EN EL ARTÍCULO 10 LEY DE CONTRATO DE SEGUROS.

En la actualidad, el deber de declaración de riesgo, sus requisitos y consecuencias se recogen en el artículo 10 LCS, aplicable a cualquier modalidad de contrato de seguro, que dice así:

*“El tomador del seguro tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.*

*El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.*

*Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación”.*

Pieza central del sistema, este precepto trata de conciliar los intereses de ambas partes, a la vez que busca paliar la asimetría inherente a la fase precontractual en la contratación del seguro. A su vez, cabe mencionar también los artículos 89 y 90 de la misma ley que contienen disposiciones concretas en relación con el deber de declaración del riesgo en el seguro de vida y complementan el régimen del art. 10 LCS. Las reglas contenidas en estos preceptos coinciden, sustancialmente, con las medidas que se intentaron adoptar en los anteproyectos antes descritos.

De una primera lectura del art. 10 LCS, ya podemos observar las principales novedades que la nueva regulación supuso. En primer lugar, eliminó, por fin, la nulidad como solución única ante cualquier vicio derivado de la declaración del tomador. Este régimen es sustituido por la previsión de unas consecuencias jurídicas que, partiendo de la validez del contrato pese a la discordancia entre el riesgo real y el declarado, operan según haya existido dolo o no (buena o mala fe) y atendiendo al tiempo en el que se descubre tal inexactitud (antes o después de la producción del siniestro).

Y la segunda novedad que trajo esta ley fue que puso fin al silencio que guardaba el anterior precepto del Código de Comercio respecto de esa “declaración espontánea” del tomador a la hora de suscribir el seguro. Por primera vez, se regula un instrumento para la formalización del deber de declaración; lo que la ley continúa denominando “cuestionario”. Se trata de un instrumento que el asegurador debe presentar al futuro asegurado para que declare todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo antes de firmar el contrato. De esta manera, se hace por fin participe a la aseguradora del cumplimiento del deber de declaración del riesgo en esta primera fase precontractual.

El precepto se ha mantenido así desde la inclusión del último inciso del apartado 1 por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, pero también ha habido otras modificaciones en la norma que han tenido incidencia en este deber de declaración. Un ejemplo lo constituye la Disposición adicional 5ª LCS, incluida por la Ley 4/2018, de 11 de junio, que prohíbe toda discriminación por VIH/SIDA u otras condiciones de salud, y en especial la denegación de acceso a la contratación. De esta manera se quiso poner fin a prácticas como la ocultación de este tipo de circunstancias por miedo a sufrir un trato desigual o a una serie de prejuicios que no siempre se correspondían con la realidad.

#### **IV. EL DEBER DE DECLARACIÓN**

##### **1. EL DEBER DE DECLARACIÓN DE RIESGO COMO DEBER DE CONTESTACIÓN O RESPUESTA**

El deber de declaración se contiene en ese art. 10 LCS, que empieza diciendo:

*“El tomador del seguro tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo”*

Una interpretación literal de este primer inciso podría inducirnos a error, pues la LCS parece querer configurar tal declaración como una verdadera obligación, al emplear en su redacción la palabra “deber” para calificar la conducta que ha llevar a cabo el potencial tomador. Sin embargo, debemos realizar una interpretación sistemática de este precepto, atendiendo a su ubicación. El artículo 10 se encuentra dentro del Título I en la Sección segunda, titulada “*Conclusión, documentación del contrato y deber de declaración del riesgo*”; mientras que las “*obligaciones y deberes de las partes*” se encuentran en la sección tercera de la Ley, es decir, en la siguiente sección. Una posible explicación es que las obligaciones de las partes reguladas en esa sección tercera responden a un momento posterior, cuando el contrato ya ha sido perfeccionado, mientras que el deber de declaración de riesgo tiene lugar en una fase precontractual, siendo posible la renuncia y, finalmente, la no suscripción del contrato. No obstante, también podría entenderse que el legislador ha querido dejar fuera de las “obligaciones” este deber, configurando su régimen como algo “autónomo”, recurriendo, de nuevo, a un régimen especial justificado por las características del contrato de seguro.

En cualquier caso, y para salir de dudas, la jurisprudencia desde un principio ha sido homogénea, y ha perfilado este deber, configurándolo, no como un deber de declaración,

entendido como algo espontáneo que surge del futuro tomador, declarando todos los riesgos que él conoce; sino como un “deber de contestación o respuesta” a las preguntas que le realice la aseguradora y así, ente otras, en las SSTS de 23 de septiembre de 1997 y de 22 de febrero de 2001<sup>15</sup>.

Esta innovadora regulación supuso un giro radical en el modo de entender esta fase precontractual. Lo que, en principio, parecía una carga para el potencial asegurado de la que dependía toda la validez del contrato, se convierte en realidad en una obligación para la compañía aseguradora, pues caso de no presentar al potencial tomador o asegurado un cuestionario, la ley le hace pechar con las consecuencias de la falta de determinación precisa del riesgo, tal y como indica la segunda parte del artículo 10 LCS:

*“Quedará exonerado [el futuro tomador del seguro] de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun someti ndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no est n comprendidas en él”*

El no entregar al tomador un cuestionario supone que la aseguradora no estará en condiciones de valorar el riesgo concreto que va a asumir, dado que el asegurado no tiene un verdadero deber de declarar los riesgos por él conocidos. El fundamento de este régimen podrá justificarse en la ya mencionada “regla de equidad”, o lo que es lo mismo, el necesario equilibrio entre el riesgo asumido por el asegurador y la prima debida por el tomador. Este principio que informa, tanto el deber precontractual, como en un momento posterior las consecuencias jurídicas de su incumplimiento, hace partícipes a ambas partes de la obligación de declarar el riesgo en la fase previa a la suscripción del contrato. Aunque tal y como ha quedado configurado por la jurisprudencia, quien debe ser especialmente precavida es siempre la aseguradora, pues es la que debe elegir con sumo cuidado las preguntas que le realiza al tomador, evitando siempre preguntas generales, ambiguas y oscuras que, como veremos, pueden terminar jugando en su contra y finalmente ser ella la que deba afrontar las consecuencias de una indebida determinación del riesgo por falta de información o datos inexactos.

## 2. ELEMENTO SUBJETIVO

### 2.1. Sujeto obligado a realizar la declaración de riesgo

---

<sup>15</sup> SSTS (Sala de lo Civil) de 23 de septiembre de 1997, RJ 1997/6822 y de 22 de febrero de 2001, RJ 2001/2609. Doctrina jurisprudencial mantenida también hoy día en recientes pronunciamientos como la STS (Sala de lo Civil) 127/2019 de 21 de enero (ECLI: ES:TS:2019:127), que dicen “*El deber de declaración asegurado se configura como un deber de contestación o respuesta a las preguntas realizadas por la aseguradora*”.

Como ya se dejó entrever en líneas anteriores, el obligado a llevar a cabo esta declaración de riesgo, por imputación de la ley, no es otro que el futuro tomador. La aplicación de esta regla general no plantea dudas para el caso de que tomador y asegurado sean la misma persona (lo que constituye la regla general, como se desprende de los arts. 10 y 89 LCS<sup>16</sup>). Ahora bien, en el caso de que el tomador del seguro y el asegurado sean personas distintas, debemos analizar a quién corresponden las diferentes obligaciones nacidas del contrato. Esta cuestión se suscita en relación con los seguros por cuenta ajena, posibilidad que parece reconocerse expresamente para los seguros de vida en el art. 83 párrafo 4º LCS (y también para los de accidentes en virtud de la remisión del art. 100 LCS), siempre que las personas del tomador del seguro y del asegurado sean distintas, y haya mediado consentimiento por escrito de este último (requisito legal necesario):

*“En los seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro”.*

En cuanto a las obligaciones, según el art. 7 LCS, éstas y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador del seguro, a salvo aquellas que, por su naturaleza, deban ser cumplidos por los asegurados. Así, la obligación del pago de la prima corre a cargo del tomador, mientras que los derechos derivados de la cobertura corresponden al asegurado o beneficiario en su caso. En este caso, el llamado a dar cumplimiento al deber de declaración entendemos que deberá ser el asegurado, ya que se halla en mejor posición para conocer su estado de salud u otras condiciones que afecten a la determinación del riesgo.

Cuestión distinta es, sin embargo, la contratación a través de representante, entendido como persona que, con poder suficiente, suscribe en nombre de otro, una cobertura a través de seguro. De nuevo, se nos plantea la duda de quién debe dar cumplimiento al deber de declaración, tanto para el caso en que coincidan tomador y asegurado, como para el caso de que sean diferentes (contratación por cuenta ajena), por lo que el representante podrá serlo tanto del tomador como del asegurado en su caso.

Pues bien, para dar contestación a todas estas preguntas, debemos analizar la jurisprudencia que, en este punto, es contradictoria<sup>17</sup>, habiendo pronunciamientos a favor

---

<sup>16</sup> Art. 10 LCS “El tomador del seguro tiene el deber...”. Art. 89 LCS “En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador...”

<sup>17</sup> Véase SAP de Granada, secc. 4ª, 130/2009, de 20 de marzo (JUR 2009\274545) y STS (Sala de lo Civil) 273/2018, de 10 de mayo (ECLI: ES:TS:2018:1628) como ejemplos de ambas corrientes.

de considerar tal deber como personalísimo y, por tanto, no susceptible de ser realizado por terceras personas distintas del asegurado; y otras que consideran que este deber no es personalísimo, siendo admisible que terceras personas pueden facilitar datos referentes al estado de salud y otras circunstancias semejantes a la aseguradora. En este segundo sentido, la SAP de Granada, secc. 4ª, 130/2009, de 20 de marzo en su fundamento de derecho tercero apunta que:

*“Todo esto conlleva que los actos realizados por su mandatario le vinculan como si los hubiere llevado a cabo él mismo, máxime cuando el citado art. 10 de la LCS no establece un deber ‘personalísimo’ de declarar las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo”.*

Sin embargo, nuestro Alto Tribunal parece abogar por la primera teoría, entendiendo tal deber de declaración como algo personalísimo y que, en todo caso, corresponde realizar al tomador o, de ser persona distinta, al propio asegurado. Esta postura parece más acertada, pues nos encontramos ante datos sensibles de carácter personal que pertenecen a la esfera íntima del sujeto, no siendo conocidos a veces ni por personas cercanas a su entorno. Sirva, como ejemplo, la reciente STS (Sala de lo Civil) 273/2018, de 10 de mayo, que, tras analizar ambas corrientes, se decanta por la primera, y así la ratifica:

*“La respuesta a esta cuestión debe partir de que la LCS no prohíbe contratar seguros por mandatario y de que, amparándose en esta posibilidad legal, la asegurada otorgó un poder notarial en virtud del cual la apoderada (su hermana) quedaba expresamente facultada para contratar toda clase de seguros, incluida la modalidad de vida para caso de muerte, así como para suscribir toda clase de documentos que su buen fin exigiera, como en este caso sería el cuestionario de salud, de cuya cumplimentación y resultado dependía que por el asegurador pudiera denegarse la efectividad del seguro. Sin embargo, mientras la mandataria sí podía vincular a su mandante frente a la aseguradora en la contratación del seguro en sí misma (art. 1727 CC), en cambio la cumplimentación del cuestionario de salud habría exigido, en principio, una actuación personal de la propia asegurada, es decir, de la mandante, ya que los datos de salud no solamente son privados sino que, además, gozan de la condición de datos de carácter personal especialmente protegidos según el art. 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal”.*

En consecuencia, debe afirmarse que, para el caso de que tomador y asegurado sean personas diferentes, el deber de declaración corresponde siempre al asegurado (por ejemplo, al trabajador en el caso de seguro de salud colectivo contratado por el

empresario), en la medida en que es el poseedor de la información relevante para la valoración del riesgo. Y, para el caso de actuación a través de representante, si el representante lo es del tomador-asegurado (por ser la misma persona) y actúa con poder suficiente, podrá vincular a su representado en sus actuaciones frente a la aseguradora, pero no podrá dar cumplimiento al deber de declaración, al ser éste un deber personalísimo. Y por último, para el caso de representante del asegurado en seguros por cuenta ajena, no parece posible la actuación a través de representante, porque, de nuevo, el deber de declaración, siguiendo la línea argumental del TS, exige una actuación personal por parte del asegurado, que dejaría vacía de contenido esa representación.

## 2.2 La aseguradora como receptora de la declaración de riesgo

El destinatario, entendido como el sujeto encargado de recibir la declaración, no plantea dudas, pues del tenor literal del art. 10 LCS se extrae que la declaración debe ir dirigida al asegurador. De esta manera, si el seguro se contrata directamente con la aseguradora, ésta será la encargada de, tras presentar el cuestionario pertinente, decidir si ofrece o no la cobertura solicitada y cuál es, en su caso, la prima que propone<sup>18</sup>.

Sin embargo, la cuestión es distinta para el caso de los seguros contratados a través de terceros o con intervención de un mediador. El contrato de seguro puede suscribirse mediante los servicios prestados por los denominados “mediadores de seguros”. Son mediadores de seguros las personas físicas o jurídicas que desarrollen la actividad de mediación, aplicándoseles las disposiciones de la Ley 26/2006, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.

Dentro de esta categoría encontramos a los agentes de seguros, entendidos como las personas físicas o jurídicas que, estando inscritas como tales en el Registro de la DGSFP, desarrollan la actividad de mediación de forma dependiente respecto de una o varias entidades aseguradoras con las que están vinculados mediante un contrato de agencia de seguros (art. 9 LMSRP). También cabe destacar la figura del corredor, en la medida en que su especial posición, equidistante de ambas partes contratantes, le atribuye una serie de especialidades. El corredor se caracteriza por tener vínculos jurídicos con diversas compañías, y su trabajo consiste en asesorar al futuro tomador y ayudarle a encontrar el seguro más adecuado a sus necesidades. Esto, en la práctica, supondrá la obligación de describir el riesgo y eventualmente la realización de una serie de preguntas más concretas, a cuyo fin el corredor le solicitará que rellene el cuestionario facilitado por las compañías.

---

<sup>18</sup> Así lo afirma MUÑOZ PAREDES, M.L., *El deber de...*, cit., pág. 132.

Por último, las entidades bancarias también pueden actuar como mediadores entre el tomador y la aseguradora, y dado que poseen información sobre el cliente (principalmente económica) pueden dar consejo sobre aquello que sea más beneficioso para el mismo.

Sea cual sea la modalidad de intermediación a la que se haya recurrido en el caso concreto, serán estas entidades que colaboran en la distribución del seguro las que deban someter al futuro tomador al cuestionario, surtiendo esta declaración del riesgo el mismo efecto que si se hubiera hecho directamente ante la compañía, en virtud del artículo 12 LMSRP<sup>19</sup>.

### 3. OBJETO DE LA DECLARACIÓN

El deber de contestación comporta la obligación de contestar a todas las preguntas incluidas en el cuestionario, refiriendo todas las circunstancias conocidas por el tomador que puedan influir en la valoración del riesgo. A continuación analizamos con más detalle estos dos elementos.

#### 3.1. Cuestiones o datos requeridos por la aseguradora

Nuestra ley obliga a declarar todas las circunstancias por las que se pregunte en el cuestionario. El tomador sólo deberá contestar a las preguntas que le realice la aseguradora quien, en su calidad de profesional, seleccionará las más adecuadas para la valoración del riesgo. En la práctica, sin embargo, es habitual que las compañías cuenten con formularios estandarizados, con lo que los clientes deberán simplemente cumplimentarlos. Debemos hacer mención aquí a la cuestión tratada en el epígrafe anterior, referente a la contratación a través de mediador. La declaración hecha ante corredor (o, por extensión, médico que realiza el reconocimiento o empleado de una entidad bancaria) no es válida por el mero hecho de que el futuro tomador estampe su firma a través del cuestionario, pues debe quedar constancia de que ha contestado a las preguntas que se le han formulado. Así, la STS 676/2014, de 4 de diciembre, expresa lo siguiente<sup>20</sup>:

*“...la pretendida exoneración del deber de la tomadora del seguro de declarar que había padecido un cáncer de mama hacía unos pocos años, no puede justificarse por la mera razón de que el cuestionario fuera rellenado por el personal del banco que actuaba por cuenta de la aseguradora. Lo realmente relevante para que esta circunstancia exonere*

---

<sup>19</sup> Art. 12 LMSRP que dice: “Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora”

<sup>20</sup> Véase STS (Sala de lo Civil) 676/2014, de 4 de diciembre (ECLI:ES:TS:2014:5495).

*de tal deber e impida por ello que pueda valorarse como una conducta que, por ser dolosa, libera al asegurador del pago de la indemnización una vez actualizado el riesgo cubierto de la muerte de la persona asegurada, es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que la tomadora del seguro no fue preguntada por esta información relevante. En los casos en que el cuestionario es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella. Pero si consta acreditado, como es el caso, que los empleados rellenaron el cuestionario con las contestaciones suministradas por la tomadora, previa formulación de las preguntas que incluían aquellas relativas a haber padecido con anterioridad una enfermedad de cáncer, en ese caso hemos de entender que ha existido una infracción del deber de declaración”.*

Por ello, no puede considerarse que la aseguradora ha cumplido con su deber de presentar un cuestionario, si tan solo ha solicitado al asegurado que estampe su firma en un cuestionario previamente completado por otras personas, sino que la aseguradora (o en su caso, el mediador) debe darle la oportunidad de que, efectivamente, sea él quien conteste a las preguntas y, así, dé cumplimiento a su deber de declaración.

### 3.2. Circunstancias conocidas y que puedan influir en la valoración del riesgo

Siguiendo con la redacción del art. 10 LCS, el deber de declarar del tomador se limita a las circunstancias “*por él conocidas y que puedan influir en la valoración del riesgo*”, al tiempo de contestar el cuestionario.

Debemos plantearnos entonces si solo se incluyen las efectivamente conocidas o también aquellas que *debiera conocer* al momento de hacer frente al cuestionario. Estamos hablando de circunstancias que, siendo desconocidas, el asegurado debiera o pudiera conocer con un nivel medio de diligencia, pues no olvidemos que nos encontramos en una fase precontractual, donde la buena fe debe ordenar las actuaciones de las partes. En efecto, tal circunstancia no se recoge en la redacción del art. 10 LCS, pero debe desprenderse de la finalidad de esta fase que es hacer posible que la aseguradora valore efectivamente la entidad real del riesgo a cubrir y que está abrazada por la máxima de la buena fe.

Dado que el riesgo variará conforme pase el tiempo, a efectos de determinar si ha habido un incumplimiento del deber de declaración ha de estarse al momento en que

efectivamente se rellenó el cuestionario y hacer una comparativa de lo que el tomador podía saber y lo que finalmente contestó. Toda esta carga probatoria recae sobre la aseguradora, quien deberá probar que el tomador conocía suficientemente el hecho agravante del riesgo que omitió o no expuso con veracidad<sup>21</sup>. Puesto que es necesario para que exista incumplimiento del tomador que este tuviera conocimiento suficiente no bastaría con que la aseguradora pruebe que aquél “pudo sospechar” sin más la circunstancia no declarada, si tales sospechas no son bien fundadas.

Tal distinción no es baladí, pues repercutirá en la posterior valoración del incumplimiento, caso de verificarse el siniestro. En primer lugar, procede distinguir entre incumplimiento con “*dolo (art. 1269 Cc.) que sería la ocultación de elementos o circunstancias decisivas para la correcta valoración del riesgo, aunque ignore el alcance exacto de las circunstancias del mismo*” y con “*culpa grave: (...) la ocultación (...) de las sospechas que razonablemente pueden tener el asegurado o el tenedor sobre dicha circunstancia y que puedan condicionar la suscripción del seguro*”. En realidad “*en ambos casos se produce la liberalización (sic, más bien liberación) del asegurador*”, a quien “*en ambos casos corresponde (...) la carga de la prueba*<sup>22</sup>”. Mientras que las “meras sospechas” no acarrearían, como veremos, la liberación de la compañía (se aplicará la regla de la equidad, con la consecuente reducción proporcional de la prima); las “sospechas fundadas” pueden suponer dolo o culpa grave, por lo que, una vez verificado el siniestro, sí comportarán la exención de pago para la aseguradora. En cualquier caso, esto deberá valorarse atendiendo a las circunstancias concretas de cada caso y, sobre todo, dependiendo de lo que la aseguradora pueda probar. De ahí la necesidad de que el cuestionario sea claro, preciso y completo. Habrá ocasiones en que será imposible conocer si el asegurador era efectivamente consciente de una enfermedad, o si debiera haberla conocido con un nivel medio de diligencia, pero sí se podrá probar que faltó a la verdad a través de su historial médico, por ejemplo.

---

<sup>21</sup> Por todas, STS (Sala de lo Civil) 1008/2005, de 15 de diciembre (RJ 2005/10154), que ante el recurso de la compañía alegando que el tomador omitió al momento del cuestionario información (a pesar de quedar probado que el primer ingreso hospitalario fue varios años más tarde de la suscripción de la póliza), la Sala estima que: “*Con independencia del posible contraste por el médico del asegurador, el cuestionario fija la declaración del estado de salud del asegurado en un momento cronológico determinado, de forma que algo tan frágil y voluble como es la salud humana, que queda documentalmente estereotipada, cuando por la propia dinámica interna del sujeto la salud puede mejorar o empeorar, sin tener en cuenta, en este momento, que el conocimiento limitado del estado de salud del propio sujeto declarante puede variar rápidamente con grandes dificultades para demostrar ante el asegurador un desconocimiento, que posteriormente vendrá desbordado por la fluidez de los hechos*”.

<sup>22</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L., *El deber de...*, cit., pág. 160.

En cuanto a las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, podrían definirse como aquéllas que puedan influir en la decisión del asegurador de concluir o no el contrato o de hacerlo en condiciones económicas diferentes (SÁNCHEZ CALERO, F.<sup>23</sup>). Estas circunstancias deberán ser tenidas en cuenta por la aseguradora que será quien, en su posición de profesional y ante las condiciones del seguro que se quiera concertar, delimitará esas circunstancias y ajustará las preguntas realizadas. Nótese que no todas las preguntas incluidas versarán sobre información que la aseguradora entienda relevante para el riesgo, y esto tiene importancia ante un eventual incumplimiento, pues la no contestación de alguna pregunta no relevante no supone una declaración inexacta a efectos del art. 10 LCS. Y en cuanto a la falsedad de la respuesta dada a una pregunta no relevante, la lógica nos lleva a concluir de igual manera. Si bien es cierto que, como veremos, no es relevante que la circunstancia omitida no haya sido la causante del siniestro, sí que debe existir relación causal con el riesgo cubierto en abstracto. En el caso de discordancia entre la realidad y una cuestión no relevante, precisamente por su naturaleza, no va a poder afectar de ningún modo a la producción del siniestro, con lo que no consideramos que haya cabida a las consecuencias previstas para el incumplimiento que recoge el art. 10 LCS.

#### 4. FORMA

##### 4.1. El principio de libertad de forma en la declaración del riesgo

Como ya se ha adelantado, no hay una previsión en la ley respecto a la forma que debe revestir la declaración de riesgo, haciéndose mención únicamente a la figura del cuestionario. Y es jurisprudencia reiterada<sup>24</sup> que, de entrada, rige el principio de libertad de forma. Como es obvio, en la práctica y por cuestiones de prueba, es habitual y casi obligatoria, la forma escrita. Con ella se deja constancia de que se ha producido este trámite esencial y así se evitan las consecuencias que en la Ley se establecen para la falta de cuestionario. No obstante, en abstracto, nada obstaría a una declaración verbal.

Haremos un pequeño inciso en este epígrafe para apuntar la cuestión referente a la exigencia de firma del futuro tomador. Hemos hecho alusión ya a los cuestionarios rellenados por mediadores y por personal sanitario, con lo que sólo resta decir que, aunque efectivamente, la firma del solicitante es un requisito esencial, en la medida en que es él quien realiza la declaración, tal requisito no es, *per se*, suficiente para dotar de plena

---

<sup>23</sup> SANCHEZ CALERO, F. (Dir.), *Ley de contrato...*, cit., pág. 239.

<sup>24</sup> Véase las SSTs 2025/2018, de 30 de mayo (ECLI: ES:TS:2018:2025); 1330/2017, de 5 de mayo (ECLI: ES:TS:2017:1330) y 726/2016, de 12 de diciembre (ECLI: ES:TS:2016:5377).

validez al instrumento. Lo relevante no es que el tomador (o en su caso, el asegurado) sea quien directamente rellene el formulario, sino que de los datos personales aportados se desprenda que fue quien proporcionó la información para cumplimentarlo<sup>25</sup>, o lo que es lo mismo, que se desprenda que efectivamente ese cuestionario “se le ha presentado” al asegurado y ha sido este quien lo ha contestado personalmente, dando cumplimiento al mandato del art. 10 LCS. Para el caso de que se pruebe que la compañía o el intermediario fueron quienes rellenaron las contestaciones a las preguntas sin formularlas al futuro tomador que se limitó a estampar su firma, se entiende que no ha habido propiamente presentación de un cuestionario, con lo que éste queda exonerado del deber de declaración, por lo que poco importará si ha actuado con dolo o culpa grave.

#### 4.2 El cuestionario como instrumento para canalizar habitualmente el deber de declaración. Valor y alcance

Siguiendo con lo anteriormente expuesto, una de las mayores novedades que trajo consigo la Ley de Contrato de Seguro fue la regulación de un instrumento para dar cumplimiento al deber de declaración de riesgo. La necesidad de acotar con la máxima precisión posible la entidad del riesgo al que se pretende dar cobertura, unido a la posición de la aseguradora como profesional en el tráfico mercantil suponen la justificación de la elaboración y presentación al solicitante de un formulario con preguntas que sirvan de pauta o criterio objetivo a la ejecución de esa tarea informativa.

Tal cuestionario debe extenderse a todas las circunstancias que la compañía considere que pueden ser un factor influyente en la valoración del riesgo. En este punto, el análisis de la jurisprudencia nos indica que es útil hacerse una serie de preguntas clave para el análisis de validez de un cuestionario de salud en los seguros de vida e invalidez. Si el cuestionario no supera estos filtros, estará incompleto, con lo que no habrá verdadero cuestionario y la aseguradora habrá incumplido su deber de presentar tal instrumento, con las consecuencias que ello conlleva. Las preguntas en cuestión son las siguientes<sup>26</sup>:

- ¿El asegurador ha presentado un auténtico cuestionario que contenga preguntas sobre las circunstancias de salud del tomador? A este respecto, debe recordarse

---

<sup>25</sup> En este sentido, las recientes STS (Sala de lo Civil) 3738/2018, de 8 de noviembre (ECLI: ES:TS:2018:3738); y STS (Sala de lo Civil) 127/2019, de 21 de enero, (ECLI: ES:TS:2019:127)

<sup>26</sup> TAPIA HERMIDA, A.J. «Las 5 preguntas clave para hacer un diagnóstico...» en: *El Blog de Alberto J. Tapia Hermida*, 28 de junio de 2018. (Consultado el 29 de marzo de 2019).

que el Tribunal Supremo<sup>27</sup> viene rechazando la validez de algunas declaraciones predispuestas y genéricas del asegurado sobre sus circunstancias de salud como auténticos cuestionarios. Ello no impide la aplicación, en algunos de estos casos, de cláusulas de exclusión de enfermedades preexistentes, siempre y cuando aparezcan reflejadas con las garantías propias de las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados conforme al art. 3 de la LCS.

- ¿Las preguntas contenidas en el cuestionario son razonablemente detalladas? Se considera suficiente que las preguntas se refieran a las patologías más comunes, sin necesidad de un desglose detallado de enfermedades y sus circunstancias que llevaría a tener que utilizar cuestionarios integrados por cientos de preguntas minuciosas sobre aquellas patologías; lo que redundaría, en última instancia, en un sistema ineficiente y perjudicial para tomadores, asegurados y aseguradoras. Lo importante es que las preguntas hagan al tomador ser consciente de que al no mencionar sus patologías, está ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo.
- ¿El cuestionario presentado ha sido verdaderamente cumplimentado bien por el tomador o bien con la información que este ha proporcionado al asegurador o al mediador? Porque se admiten ambas hipótesis, esto es, que las respuestas sean manuscritas por el tomador o bien que sean cumplimentadas por el mediador o el personal de la propia aseguradora –de forma manuscrita o impresa- con la información facilitada por el tomador. Pero, recordamos que debe quedar claro que quien efectivamente ha contestado a las preguntas ha sido el asegurado, dándole oportunidad que cumplir con tal deber.

Si se respetan estos puntos, la aseguradora habrá cumplido correctamente con su obligación de presentar un cuestionario al futuro tomador del seguro.

#### 4.3. El examen médico.

Un examen médico no deja de ser otra cosa que una revisión para determinar el estado de salud de una persona. Evidentemente es un medio de determinación del riesgo diferente al cuestionario del que venimos hablando, pues ya no se trata de plantear una serie de preguntas al asegurado sobre su estado de salud, enfermedades anteriores u otras

---

<sup>27</sup> Véanse las SSTS (Sala de lo Civil) 3473/2018, de 10 de octubre (ECLI: ES:TS:2018:3473); 2025/2018, de 30 de mayo (ECLI: ES:TS:2018:2025) entre otras.

circunstancias que puedan influir en su longevidad, saludo o integridad física, sino de pruebas y análisis específicos que arrojarán sin dudas datos más certeros. Sin embargo, no en todos los seguros que cubren riesgos relacionados con el estado de salud de las personas se realizan este tipo de exploraciones de forma complementaria al cuestionario de salud, debido a sus costes. En la práctica, estos exámenes solo se solicitan excepcionalmente tras recibir la declaración del tomador efectuada al responder al cuestionario, si la aseguradora estima pertinente delimitar con más precisión el riesgo asumido a la vista de las contestaciones del tomador.

Pese a que pueda parecer inicialmente paradójico, ni siquiera en los seguros del ramo de salud, mediante los cuales las aseguradoras asumen el riesgo de hacer frente a los gastos derivados del tratamiento médico, se realizan, en todo caso, este tipo de pruebas médicas. Es más, en el estudio realizado por la DGSFP sobre determinados aspectos técnicos y de gestión de clientes de las aseguradoras de salud, cuyas conclusiones son de julio de 2007, se indica que de las 18 compañías que respondieron a la encuesta, ninguna hacía examen médico en el momento de la contratación, presentando solo un cuestionario de salud, e incluso había dos compañías que ni siquiera esto último. Con todo, en cuanto a las pruebas médicas, cinco de estas entidades, atendiendo a las respuestas del cuestionario de salud, a veces, decidían pedir informes médicos previos sobre una dolencia determinada o solicitaban pruebas específicas sobre la misma. Y una entidad afirmó que sólo hacía examen médico si lo pedía el asegurado<sup>28</sup>.

Esto, aunque en menor medida, se puede predicar también para los seguros de vida. Véase, a modo de ejemplo, en la tabla siguiente los requisitos de suscripción de seguros de vida que exige la compañía “Santa Lucía Vida y Pensiones”, atendiendo a la edad y capital asegurado:

---

<sup>28</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L., *El deber de...*, cit., pág. 39-41.

**CIRCUITO OPERATIVO:**

1. Candidatos que se encuentren en el siguiente tramo edad-capital, deben seguir siendo enviados a E+med.

Desde 250.001€ hasta 400.000€	Menores 50 años	CS + TUW
-------------------------------	-----------------	----------

2) Aquellos candidatos que se encuentren dentro de los siguientes tramos, deben ser enviados a SERMESA, que se encargará de hacer la Teleselección y las pruebas médicas:

Desde 180.001€ hasta 400.000€	Mayores 50 años	CS + TUW + A.Sangre
Desde 400.001€ hasta 500.000€	Menores 50 años	CS + TUW + A.Sangre + A.Orina
	Mayores 50 años	CS + TUW + A.Sangre + A.Orina + M.Hepáticos + Hemoglobina glicosilada + medidas de estatura/peso/tensión arterial
Desde 500.001€ hasta 1.000.000€	Menores 50 años	CS + TUW + A.Sangre + A.Orina + M.Hepáticos + Hemoglobina glicosilada + medidas de estatura/peso/tensión arterial
	Mayores 50 años	CS + TUW + A.Sangre + A.Orina + M.Hepáticos + Hemoglobina glicosilada + medidas de estatura/peso/tensión arterial + Ergometría
Mas de 1.000.000€	Cualquier edad	CS + TUW + A.Sangre + A.Orina + M.Hepáticos + Hemoglobina glicosilada + medidas de estatura/peso/tensión arterial + Ergometría + Ecocardiograma

Una posible explicación a esta reticencia a solicitar exámenes médicos que arrojan información más certera, puede ser el enorme coste material y personal en el que incurrirían las aseguradoras si para la suscripción de cada uno de los seguros de vida o salud que les fueran solicitados tuvieran que hacer una exploración a fondo de los tomadores/pacientes. Las aseguradoras confían en la buena fe de los clientes a la hora de rellenar el cuestionario y reservan pruebas como el análisis de sangre o de orina para asegurados de mayor edad, con antecedentes de importancia o que deseen una suma asegurada de una cantidad tal que realmente haga necesario valorar adecuadamente el riesgo. Pero, además, las aseguradoras juegan con el párrafo 3º del art. 10 LCS interpretado a su favor, que las exonera del deber de pago para el caso de que el tomador haya omitido algún dato relevante. Es decir, que las compañías ponen más esfuerzo, una vez se ha producido el siniestro, en verificar, si tienen sospechas, que el asegurado ha omitido un dato y, por tanto, no deben pagar prestación alguna (o subsidiariamente, una

prestación reducida), que en un momento inicial, tratando de valorar los riesgos más allá de las preguntas efectuadas en el cuestionario.

## V. INFRACCIÓN DEL DEBER DE DECLARACIÓN

### 1. PRESUPUESTO DE LA INFRACCIÓN

#### 1.1. Introducción

El presupuesto básico que debe concurrir para poder hablar de una infracción del deber de declaración y, por tanto, de las consecuencias que la ley une a tal infracción es “*que la representación del riesgo asegurado, motivada por la comunicación del declarante, y la situación real de este elemento contractual no sean coincidentes*” (RUBIO VICENTE, P. J., *El deber precontractual...*, cit., pág. 95). Y para ello deben concurrir una serie de requisitos que se analizarán en los epígrafes subsiguientes, pero que todos parten de esa discordancia entre el riesgo declarado y el real, sin importar, en última instancia, que esa circunstancia no declarada haya sido la desencadenante del siniestro, bastando con que exista una relación causal con el riesgo cubierto en abstracto. Cuando concurra alguno de estos elementos se habrá producido un incumplimiento del deber de declaración del riesgo, y, por tanto, se desatarán las consecuencias que a continuación expondremos, dependiendo del tiempo y la forma de la infracción.

#### 1.2. Elemento objetivo de la infracción: Reserva o inexactitud

En primer término, y para que podamos hablar de reserva o inexactitud, se requiere que esa discordancia de la que venimos hablando sea efectiva. El incumplimiento del deber, como ya hemos indicado, se puede producir de diversas maneras: omitiendo algún dato, dejando alguna pregunta en blanco o declarándolo de manera incorrecta. Ambos casos pueden producirse de manera voluntaria o involuntaria, lo que se conoce como reticencias o reservas.

Nos encontraremos, pues, ante una reserva o reticencia cuando se oculta algo (conscientemente) o simplemente se guarda silencio sobre una circunstancia que influye en la estimación del riesgo y que ha sido requerida por parte de la aseguradora. Esto también sucede cuando la circunstancia se declara de manera incompleta, confusa o poco clara por el uso de términos ambiguos o contradictorios. Por su parte, la inexactitud se producirá cuando lo declarado no se corresponde con la veracidad de las cosas<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> RUBIO VICENTE, P.J., *El deber...*, cit., pág. 97.

En todo caso, el presupuesto de tales infracciones es el conocimiento de lo que debe ser declarado o, en última instancia, el no conocimiento del hecho, pero su fácil obtención mediante un nivel de diligencia mínimo por parte del asegurado, lo cual quiere decir que incluso en los casos en los que la reserva sea involuntaria, es posible que medie algún tipo de culpa, aunque sea leve.

Además, esta circunstancia debe ser relevante para el riesgo, es decir, se requiere que la misma sea de una entidad suficiente como para llegar a frustrar la finalidad del contrato, concluyendo que la contraparte, de ser conocedora del hecho, no habría suscrito el contrato, o lo habría hecho en condiciones diferentes. Así, por el contrario, la reserva o inexactitud que afecte a una circunstancia que no sea relevante para la valoración del riesgo no implicará un verdadero incumplimiento del deber de declaración<sup>30</sup>.

A pesar de ello, esta distinción es muy sutil, y el efecto que impone la ley en este supuesto es, en esencia, el mismo, pues el art. 10 LCS no distingue entre buena o mala fe del tomador en este punto, aunque la realidad sea que en la mayoría de inexactitudes siempre medie algún tipo de culpa que, posteriormente, se empleará para graduar las consecuencias. No obstante, también puede concurrir culpa por parte de la aseguradora si se da el caso de que ha sido negligente a la hora de recabar los datos para la valoración del riesgo. Pensemos, no en un cuestionario defectuoso, sino en una persona que por sus circunstancias personales no es capaz de entender las preguntas a las que está siendo sometido. Si ante esta situación la aseguradora no asiste al tomador y acepta esta declaración, sabiendo que el tomador o el asegurado en su caso no comprendía las preguntas, luego no podrá alegar una eventual discordancia entre la realidad y lo declarado, pues el asegurado en ningún caso habrá faltado a su deber, pues ciertamente, habrá declarado lo que él podía y conocía.

### 1.3. Elemento subjetivo de la infracción

En el momento en que lo declarado en el cuestionario (o medio asimilable) y el riesgo real sean discrepantes, impidiendo una correcta valoración del mismo, se habrá producido un incumplimiento del deber. Pero para determinar los efectos de esa reserva o reticencia va a ser muy relevante el grado de diligencia (o negligencia) empleado por parte del tomador o el asegurado, ya que la LCS, para graduar las consecuencias sí atiende al grado

---

<sup>30</sup> STS (Sala de lo Civil) 1242/2006, de 24 de noviembre (RJ 2006/7896) que dice que “*El deber de declaración –aún referido a las preguntas formuladas en el cuestionario– ha de afectar a circunstancias que puedan influir en la valoración por el asegurador del riesgo. Esto quiere decir, en primer término, que la falta de respuesta a alguna pregunta, que sea irrelevante a los efectos indicados, no afectará al deber que pesa sobre el tomador*”.

de culpa, quedando exonerada de la obligación de pago la aseguradora sólo en los casos más graves de dolo o culpa del declarante.

### 1.3.1 Culpa leve

Siguiendo con lo expuesto anteriormente, la culpa determinará el grado de exención (total o parcial) de la aseguradora de su obligación de pago de la prestación. Recordemos que la culpa, aun leve, también es suficiente para entender infringido el deber de declaración. La distinción, de nuevo, es complicada. Normalmente, esas omisiones o reticencias de que venimos describiendo se suelen equiparar a la culpa leve, en la medida en que se produce la omisión de algún dato, o se declara de manera poco clara, pero sin una verdadera intención de faltar a la verdad. Así, por ejemplo, lo entendió el Tribunal Supremo<sup>31</sup> en un caso de un cliente que había sido intervenido por una úlcera hacía siete años y no le había dejado secuelas, por lo que se consideró que de lo actuado no se desprende un afán de engaño del actor, ya que en el cuestionario no ocultó ninguna enfermedad diagnosticada como grave y sobre todo persistente, pues no consta que la padeciera en el momento de concertar la póliza.

También es clave la actuación de la aseguradora, pues ella también debe valorar la entidad de los riesgos declarados y actuar en consecuencia, en la medida en que también es partícipe en la declaración. La Audiencia de Barcelona<sup>32</sup>, ante un caso de hipertensión, el cliente no la declaró como enfermedad “grave”. La aseguradora negó el pago de la prestación alegando que hubo una ocultación dolosa de enfermedades, pero el tribunal apunta que “*según los términos de la declaración de salud elaborada por la aseguradora –en todo caso sería enfermedad controlable mediante tratamiento y régimen adecuados–*”, con lo que está faltando a sus propios actos. La sección considera que la calificación hecha por el cliente al no declararlo como enfermedad grave es correcta y no ha lugar a hablar de dolo, en los términos del art. 10 LCS.

En cualquier caso, el criterio para poder valorar la presencia o no de culpa, y por tanto, las consecuencias del incumplimiento, va a ser la intención con la que obró el tomador al momento de declarar de manera inexacta el dato o circunstancia.

---

<sup>31</sup> STS (Sala de lo Civil) 248/2008, de 29 de abril (RJ 2008\1989), donde el tribunal apunta que “*La precisión de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se ha debido a culpa grave no es tarea fácil, en que la línea divisoria entre la culpa leve y la grave es sutil. Sólo a la vista de cada caso concreto podrá determinarse si nos encontramos ante un supuesto de culpa grave o no*”.

<sup>32</sup> SAP Barcelona (secc. 4ª) de 14 de julio de 2000. (AC 2000\1527)

### 1.3.2 Dolo o culpa grave.

El dolo o culpa grave en la declaración de riesgos conlleva la total liberación de la aseguradora del pago de la prestación en caso de siniestro. En este caso ya no estamos ante una mera discordancia o un dato proporcionado erróneamente, u omitido, ahora el tomador deliberadamente ha decidido no declarar un hecho, sabiendo que al hacerlo estaba faltando a la verdad, y con ello, impidiendo a la aseguradora valorar correctamente el riesgo. Ello desemboca finalmente en una percepción errónea de las circunstancias objeto de cobertura, hasta el punto que, de haberlo sabido, la aseguradora no habría aceptado la cobertura objeto de riesgo.

Tal y como apunta MUÑOZ PAREDES<sup>33</sup>, la jurisprudencia ha dicho de manera reiterada que “el concepto de dolo que da el art. 1269 Cc no sólo comprende la insidia directa e inductora sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte debidamente [...], siendo esta segunda forma o modalidad de dolo a la que se refiere el inciso final del párrafo 3º del artículo 10, como resalta la sentencia de 12 de julio de 1993 al decir que «el dolo que se aprecia es, evidentemente, de naturaleza negativa, en cuanto supone reticencia en la obligada que silenció los hechos y circunstancias influyentes y determinantes para la conclusión del contrato, que de haberlos sabido la otra parte influirían decididamente en su voluntad de celebrar el contrato y que encuentra encaje en art. 1269 Cc»; conceptualización del dolo al que responde la conducta del asegurado al contestar el cuestionario que le fue sometido silenciando el padecimiento que sufría y que requería un tratamiento diario”.

El dolo o culpa grave supondrán que el tomador era plenamente consciente de lo que se le estaba preguntando y, voluntariamente, no hizo mención a determinadas patologías o circunstancias, ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo. Así lo ha entendido el TS<sup>34</sup> al afirmar que le será imputable dolo al tomador cuando “*las preguntas le permitieron ser conscientes de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes, para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro*”.

Los pronunciamientos en este sentido también son abundantes y, por lo general, más fáciles de advertir, pues se suelen tratar de circunstancias plenamente conocidas y contrastables que el tomador decide ocultar completamente, o declarar de manera

---

<sup>33</sup> Véase MUÑOZ PAREDES, M. L., *El deber..., cit.*, pág. 231.

<sup>34</sup> STS (Sala de lo Civil) 127/2019, *cit.*

contraria a la realidad. Por ejemplo, el Tribunal Supremo ha entendido que mediaba dolo en el caso de un cliente al que se le preguntó “si consumía alcohol y, sobre todo, si tenía alguna sintomatología que aconsejara consulta médica, estudio o tratamiento”, a lo que respondió negativamente, siendo adicto a las drogas y politoxicómano<sup>35</sup>. Otro caso de conducta dolosa es el de la STS (Sala de lo Civil) 3738/2018, de 8 de noviembre<sup>36</sup>, donde a un cliente no se le realiza un cuestionario, pero sí un reconocimiento médico, y es ahí donde oculta patologías anteriores y bastante relevantes. El Tribunal, volviendo a recordar que el cuestionario no debe revestir una forma específica, da por válido ese reconocimiento médico, al tratarse de un examen completo y conciso, concluyendo que medió dolo o culpa grave y liberando a la aseguradora de la obligación de pago.

De nuevo, no importará que el riesgo declarado incorrectamente haya sido el desencadenante del siniestro, pero sí que ha de recaer sobre circunstancias relevantes para la valoración del riesgo.

## 2. CONSECUENCIAS DE LA INFRACCIÓN DEL DEBER DE DECLARACIÓN. RELEVANCIA DEL TIEMPO DE LA INFRACCIÓN.

La ley configura el régimen de sanciones del deber de infracción atendiendo no sólo como hemos visto, a la existencia de culpa leve, grave o dolo, sino al momento en que el asegurador toma consciencia del incumplimiento por parte del tomador. Las consecuencias, pues, van a diferir según cuando se produzca este conocimiento.

### 2.1 Conocimiento antes de la producción del siniestro

Si la circunstancia es conocida antes del siniestro, la ley ofrece la facultad de rescisión del contrato a favor la aseguradora, facultad que debe ejercitar en el plazo de un mes (art. 10 párr. II LCS).

*“El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración”.*

Es decir, una vez la aseguradora toma conocimiento de la circunstancia inexacta, puede, dirigiendo una comunicación al tomador, informarle de su voluntad de poner fin a la

---

<sup>35</sup> STS (Sala de lo Civil) 3473/2018, de 10 de octubre. (ECLI: ES:TS:2018:3473)

<sup>36</sup> ECLI:ES:TS:2018:3738.

relación contractual. Tal declaración puede hacerse extrajudicialmente, sin necesidad de acudir a los tribunales, y lo normal, para que pueda probarse, es que se realice de modo escrito, dejando constancia de la fecha exacta en que se produce la denuncia del contrato (p. ej. mediante remisión de un burofax). Es importante recalcar que esta facultad opera sin importar que la infracción haya ocurrido mediando buena o mala fe, por lo que en este momento, las categorías que hemos distinguido en los epígrafes anteriores carecen especial relevancia. Tanto si nos encontramos ante una omisión involuntaria, como si realmente hubo un afán de engañar a la compañía, ésta solo tiene que manifestar su voluntad de dejar de proporcionar la cobertura.

Cabe hacer mención al último inciso del precepto, el relativo a las primas, donde se habla de dolo, pero por parte de la aseguradora. Debido a que normalmente la prima se suele pagar de manera anual, el importe de las primas ya cobradas se atribuye al asegurador en todo caso, en coherencia con el clásico principio de indivisibilidad de la prima<sup>37</sup>. Tan sólo se otorga al tomador el derecho a recuperar las primas pagadas, cuando hubo dolo o culpa grave del propio asegurador, lo que no será una posibilidad demasiado común en la práctica (se podría entender, por ejemplo, en los casos de cuestionarios tan genéricos que no cumplan con lo predicado en el art. 10 LCS). Esta solución que parece “injusta” para un tomador que haya actuado de manera diligente, ha sido corregida por los tribunales, no estimando la concurrencia de dolo o culpa grave en la aseguradora, sino entendiendo que, cuando concurre dolo o culpa grave en la exigencia del cumplimiento del deber se excluye el incumplimiento mismo del tomador, por lo que no llegaría a nacer la facultad de denuncia del seguro, que es presupuesto del derecho a la atribución de las primas.

Sin embargo, debe destacarse de nuevo la brevedad del plazo otorgado: un mes. Tal regulación podría deberse a que, dado que es la aseguradora la que ha preparado y redactado el cuestionario, ante el eventual descubrimiento de la inexactitud, debe ser rápida y decidir si le merece la pena mantener el contrato y su cobertura o no. Consecuentemente, si pasado el plazo señalado, la aseguradora no ha dirigido declaración alguna al tomador, se entiende que acepta el riesgo no declarado, o declarado erróneamente, con todo lo que ello conlleva. Principalmente, la no posibilidad de impugnación si se verifica el riesgo, pretendiendo la liberación total o parcial.

---

<sup>37</sup> MUÑOZ PAREDES, M.L., *El deber de...*, cit., Cap. VI. 2

## 2.2 Conocimiento una vez se ha verificado el siniestro

No obstante, si el siniestro ocurre antes de que la aseguradora descubra la inexactitud en la declaración o si habiendo tomado conciencia, no ha llegado a denunciar el contrato, el régimen previsto legalmente es completamente diferente (art. 10 párr. III LCS):

*“Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación”.*

Este inciso sí predica consecuencias diversas atendiendo a la buena o mala fe del tomador, que pasamos a analizar.

Por un lado, si la conducta no ha sido culposa, o ha mediado culpa leve, en los términos expuestos arriba, se aplica la ya mencionada regla de equidad, y la cantidad a pagar se verá reducida en proporción a la prima que debiera haber pagado si desde el principio se hubiera tenido constancia de la entidad del riesgo. Para ello se debe aplicar una operación aritmética:

$$\text{Prestación reducida} = \frac{\text{prestación inicial} \times \text{prima pagada}}{\text{prima que debiera haberse pagado}}$$

De esta manera se pretende reestablecer el equilibrio entre las partes, haciendo cargar al asegurador, sobre la cantidad a percibir por el siniestro, la reducción correspondiente por la prima que debiera haberse pagado de haberse valorado correctamente el riesgo.

Ahora bien si la culpa es grave, es decir, el tomador ha obrado con dolo en el momento de declarar los riesgos, tal y como se ha definido anteriormente, la aseguradora queda liberada de la obligación de resarcir y el asegurado no tendrá derecho a percibir cantidad alguna, eliminándose el juego de equivalencia de las prestaciones. Para que se dé esta consecuencia, el riesgo no declarado debe ser de una magnitud tal que el asegurador, de haberlo conocido a tiempo, no habría siquiera suscrito el contrato. Este régimen se justifica en el total desequilibrio que se ha producido entre las partes, por causa exclusiva de una de ellas y que, una vez verificado el siniestro, es insalvable. Eso sí, es a la aseguradora a quien le corresponde probar el dolo o la culpa grave del tomador al momento de declarar los riesgos.

En este sentido, el Tribunal Supremo<sup>38</sup> ha entendido que cabía aplicar esta solución en el caso de un seguro de vida temporal, donde la tomadora, ante la pregunta de la compañía sobre si había padecido “*enfermedad del sistema neurológico o nervioso*” contestó negativamente, habiéndose probado a la vista del historial médico que había sido sometida a tratamiento psicoterapéutico por sintomatología pseudoneurológica.

Tal consecuencia, la más gravosa para el incumplimiento del deber de declaración, no debe ser entendida como un vicio del consentimiento, sino que se trata del incumplimiento de una obligación, como lo prueba que el propio precepto asimile a él la culpa grave, concepto ajeno al terreno de los vicios de la voluntad<sup>39</sup>. A pesar de ello, la solución de entender plenamente liberada a la aseguradora en casos en que la inexactitud u omisión del tomador es tan grave que de haberlo conocido la aseguradora se habría negado a cubrirlo, la aplicación de la regla de equidad puede resultar injusta desde la perspectiva del tomador. Pensemos en el caso de una declaración hecha con culpa grave, donde el tomador no declara una circunstancia de la que tiene fundadas sospechas y que supondrían la negativa de la aseguradora a la suscripción del contrato. Después, el asegurado paga anualmente las primas, confiando en una eventual cobertura que luego, además de no producirse, supone la pérdida de esas cantidades.

### 3. ESPECIAL TRATAMIENTO DE LA INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE EDAD

Esta cuestión se encuentra regulada de manera especial, al margen de las consecuencias generales para la inexactitud de datos, en el art. 90 LCS. La justificación se basa en otorgar un trato más favorable a esta circunstancia, al tratarse de un dato fácilmente contrastable en la práctica y que es difícil de ocultar o declarar erróneamente.

Así, el primer párrafo de dicho artículo comienza diciendo:

*“En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél”.*

La principal diferencia que se observa en el régimen es que sólo se reconoce la facultad de resolver el contrato a la entidad aseguradora si la verdadera edad del tomador excede de los límites que tiene fijados para la suscripción de contrato. Nótese que no importa si

---

<sup>38</sup> STS (Sala de lo Civil) de 6503/2013, de 18 de noviembre de 2013 (ECLI: ES:TS:2013:6503)

<sup>39</sup> Véase MUÑOZ PAREDES, M.L., *El deber de...*, cit., pág. online RB-6.2

la inexactitud se ha realizado con buena o mala fe. No cabe aplicar aquí, pues, el régimen general aun cuando se demuestre que ha mediado dolo o culpa grave.

Por su parte, la indicación inexacta de la edad, si cae dentro de los límites admitidos por la aseguradora, plantea otro problema: el relativo al pago de las primas. Es probable que, debido a esta valoración errónea, se hayan venido pagando primas mayores o menores, por lo que la ley, inspirada en el principio de equivalencia establece en el segundo párrafo del artículo 90 una solución propia:

*“En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses”.*

Es decir, si por error en la edad, la prima a pagar es inferior, se reducirá ésta en proporción; y si por el contrario la prima es superior a la que debiera pagar, la aseguradora restituirá el exceso sin intereses. Llama la atención que estas soluciones, especialmente para el caso de que la prima sea inferior, se refieren al momento de producción del siniestro, pues se habla de la prestación a percibir, presuponiendo que se ha producido el riesgo cubierto<sup>40</sup>. Si esta divergencia es descubierta por la aseguradora antes de la producción del evento dañoso, y dado que no podemos acudir al régimen general (la impugnación del contrato) sólo podrá acudir a una modificación del mismo, exigiendo al tomador una prima más elevada. Y si éste no acepta, calcular de antemano la reducción que experimentará la prestación para el caso de que sobrevenga el siniestro.

#### 4. CLÁUSULA DE INCONTESTABILIDAD EN EL SEGURO DE VIDA.

Esta tipología de cláusulas surge tanto para atenuar la extraordinaria rigidez que implica la infracción del deber precontractual de declaración del riesgo, y las consecuencias que supone la aplicación del artículo 10 LCS. Aunque esta infracción también puede tener lugar una vez perfeccionado el contrato, para este extremo ya se prevé la obligación por parte del tomador-asegurado de declarar la agravación del riesgo (artículos 12 y 13 LCS). Éstas toman especial importancia cuando el solicitante-asegurado comete las imprecisiones no por engaño o mala fe sino por ignorancia, o en el supuesto de caso

---

<sup>40</sup> RUBIO VICENTE, P. J., *El deber...*, cit., pág. 168.

fortuito o fuerza mayor. Hechos estos que, en suma, exoneran de responsabilidad en la infracción al tomador del seguro<sup>41</sup>.

Recogidas en el art. 89 LCS, este precepto supone la consagración legal de una práctica habitual que se venía realizando desde la entrada en vigor del art. 381 CCom., y que se basa en 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. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo”.*

El fin de estas cláusulas no es otro que proteger la vigencia del contrato para el caso de inexactitudes no realizadas con ánimo doloso, dejando un tiempo prudente de un año. Esto se consigue anulando las posibilidades de denuncia por parte de la aseguradora una vez se complete el plazo fijado. Es decir, desde una perspectiva formal, el plazo legal de un año para la impugnación del seguro debe entenderse como un plazo de caducidad de la acción de resolución del asegurador<sup>42</sup>. Pero, si hubo dolo, persiste tanto la facultad de denuncia del contrato como la facultad de liberación plena del pago, la primera para el supuesto de ausencia de siniestro y la segunda para la hipótesis de existencia del mismo (en ambos casos, la carga de la prueba vuelve a recaer en la aseguradora).

Por último, cabe hacer mención al especial plazo de este precepto y su contraste con el art. 10 LCS, que predica un mes de denuncia por parte de la aseguradora tras describir la reticencia o inexactitud. Siguiendo a MUÑOZ PAREDES<sup>43</sup>, en realidad, estos plazos no son contradictorios, sino que deben coordinarse. Si durante el tiempo en que el seguro es contestable (pongamos que es el plazo legal de un año), la aseguradora descubre la reticencia o inexactitud y ésta es dolosa, sea cuando sea la fecha del descubrimiento (aunque sea el último día del plazo de contestabilidad), se abre la vía de la facultad de denuncia del contrato, teniendo la aseguradora para su ejercicio el plazo de un mes contado desde la fecha del descubrimiento. Si se produce este descubrimiento con ocasión

---

<sup>41</sup> VEIGA COPO, A., *Tratado de...*, cit., pág.

<sup>42</sup> Véase MARCO ALCALÁ, L. A., *Seguros de...*, cit., pág. 315.

<sup>43</sup> MUÑOZ PAREDES, M.L., *El deber...*, cit., pág. Online RB-7.2

de un siniestro, también podrá ejercitar la facultad liberatoria del pago, en cuanto logre probar la existencia de dolo.

## **VI. CONCLUSIONES**

Del estudio legal y jurisprudencial del deber de declaración de riesgo realizado a lo largo de este trabajo pueden extraerse las siguientes conclusiones:

**Primera.-** El deber precontractual de declaración del riesgo se configura como un deber de respuesta a las preguntas realizadas por la aseguradora, y no como un deber espontáneo de manifestar todas las circunstancias conocidas por el tomador en el momento de la negociación y perfección del contrato. Esto supone la participación activa de ambas partes en esta fase de la dinámica contractual, estableciéndose obligaciones y cargas para cada una. Tal conformación tiene su justificación en la asimetría informativa de las partes en el momento de suscripción del contrato y la necesidad de la aseguradora de hacer partícipe al futuro tomador en la tarea de determinación y delimitación del riesgo.

**Segunda.-** La configuración actual del deber de declaración en el art. 10 LCS supuso un giro radical en contraste con la regulación anterior. Tanto el régimen jurídico como las consecuencias de su infracción evolucionan de una teoría unilateral, rígida y objetivista a unos principios basados en la bilateralidad, la continuidad del contrato y la incorporación de otros elementos subjetivos (como la culpa) para graduar el incumplimiento, teniendo en cuenta la regla de equidad para reestablecer el equilibrio entre las partes.

**Tercera.-** El sistema normativo incorporado con el art. 10 LCS se configura como un régimen autónomo, propio del ámbito del Derecho de seguros, que predica unas soluciones particulares acordes con la finalidad del contrato. Por ello se debe partir de una interpretación integradora que sea coherente con el espíritu de la Ley y acudir a la normativa general solo cuando nos encontremos ante supuestos no contemplados por la regulación propia.

**Cuarta.-** Ante el silencio de la LCS sobre la forma que ha de adoptar el instrumento para canalizar el deber de declaración, que la Ley se limita a denominar cuestionario, la jurisprudencia ha aclarado desde la entrada en vigor de la Ley que rige el principio de libertad de forma, siempre que el medio empleado sea el idóneo para dar posibilidad al futuro tomador de cumplir con su deber de declaración de riesgo. Ahora bien, los posibles problemas que posteriormente puedan surgir, especialmente para el caso de que se verifique el siniestro, prácticamente obligan a su sustanciación por escrito. Especialmente

si se tiene en cuenta que quien debe probar el incumplimiento del tomador es la propia aseguradora.

**Quinta.-** El deber de declaración contenido en el precepto objeto de estudio recae sobre circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, y solo éstas podrán ser tenidas en cuenta si, en un momento posterior y tras producirse el hecho objeto de cobertura, la aseguradora quiere alegar un incumplimiento en el deber de declaración. Es por ello que tales circunstancias deben estar incluidas en el cuestionario, y el trabajo de calificación de qué riesgos pueden influir corresponde, por tanto, a la compañía.

**Sexta.-** La infracción del deber de declaración requiere de la concurrencia de un elemento objetivo y otro subjetivo. Por un lado, debe tratarse de una divergencia entre el riesgo real y el que ha sido efectivamente declarado; y además, debe concurrir algún tipo de dolo o culpa, aunque sea leve, por parte del declarante. De nuevo, el concepto de dolo manejado es diferente al de la legislación civil, incluyéndose las reticencias que se callan o no se advierten debidamente, y equiparándose éste a la culpa grave.

**Séptima.-** El gran gasto en que incurriría la aseguradora si tuviera que realizar un examen exhaustivo a cada tomador que quisiera concertar un seguro de vida supone que en la práctica no se realicen exámenes médicos o pruebas analíticas, salvo que se hayan pactado sumas elevadas o concurran circunstancias especiales en el sujeto. En su lugar, las compañías invierten mayores esfuerzos, una vez se ha verificado el siniestro, en demostrar que, efectivamente, ha concurrido algún tipo de culpa o incumplimiento por parte del asegurado. Las aseguradoras cuentan con que esas consecuencias ligadas a tal infracción del deber jueguen su favor, pero ello se halla supeditado al efectivo sometimiento a un cuestionario que deben presentar al tomador, pues si éste es defectuoso no podrán alegar incumplimiento en ningún caso. Tal situación puede suponer en la práctica una cierta desventaja para ella, en la medida en que debe asegurarse de haber preguntado toda circunstancia que pueda influir en el riesgo y con la exhaustividad necesaria para cumplir con su deber, o de lo contrario no podrá ampararse en las exenciones contempladas.

## VII. ANEXOS

### BIBLIOGRAFÍA

ARQUILLO COLET, B., «Declaración del riesgo y enfermedades anteriores a la contratación de un seguro: Comentario a la STS, 1ª, de 31.12.2003, a partir de la nueva jurisprudencia del año 2004», en *Indret: Revista para el Análisis del Derecho*, nº. 1, 2005.

AA.VV. (coord. Badillo Arias), *Ley de contrato de seguro: jurisprudencia comentada*, Aranzadi, Cizur Menor, 2017.

AA.VV. (dir. Sánchez Calero), *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980 de 8 de octubre, y a sus modificaciones*. Aranzadi, Cizur Menor, 2005.

AA.VV., *El contrato de seguro en la jurisprudencia del Tribunal Supremo: (1980-2012)*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2013

BADILLO ARIAS, J.A., «El contenido del deber de declaración del riesgo en el contrato de seguro», en *Revista de responsabilidad civil, circulación y seguros*, nº. 6, 2017, pág. 3.

CANO MARTÍNEZ DE VELASCO, J. I., *El contrato a favor de tercero, el seguro de vida*, Cálamo, Mataró, 2005.

DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., «Sentencia de 4 de diciembre de 2014. Contrato de seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario: el deber de declaración del riesgo del tomador constituye un deber de contestación o respuesta a las preguntas formuladas por el asegurador. La forma en que se rellena el cuestionario puede servir para determinar si se hicieron las preguntas», en *Cuadernos Civitas de jurisprudencia civil*, nº 99, 2015, págs. 239-266.

LACRUZ MANTECÓN, M. L., *Formación del contrato de seguro y cobertura del riesgo*, 2013.

LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J., «Seguro de vida colectivo. Criterios para determinar si ha existido ocultación dolosa en la declaración del riesgo: Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 4 de octubre de 2017», en *Revista de responsabilidad civil, circulación y seguro*, nº 10, 2017, págs. 38-43.

LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J. «La declaración realizada al facultativo de la aseguradora antes de suscribir el seguro de vida, tiene la misma validez que el cuestionario médico: Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de noviembre de 2018», en *Revista de responsabilidad civil, circulación y seguro*, nº 1, 2019, págs. 39-44.

LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J. «Ocultación dolosa del riesgo por parte del asegurado, a pesar de no haber sido sometido al cuestionario. Validez de la "declaración de salud" en el seguro de vida: Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 12 de diciembre de 2016», en *Revista de responsabilidad civil, circulación y seguro*, nº. 1, 2017, págs. 41-44.

MARCO ALCALÁ, L.A., *Seguros de personas: aspectos generales*, Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2006.

MARCO ALCALÁ, L.A., «El Seguro sobre la vida» en *Contratos Mercantiles*, Bercovitz (dir.), t. II, Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), págs. 883-1145.

MONFORTE DOMINGO, J. «Seguros de vida: declaración del riesgo ¿Dolo del tomador o desidia rentable del asegurador?», en *Diario La Ley*, nº 6908-6910, 2008.

MUÑOZ PAREDES, M. L., *El deber de declaración del riesgo en el seguro*, Aranzadi, Cizur Menor, 2018.

ORTIZ DEL VALLE, M.C., «La declaración del riesgo en el seguro de vida: la relevancia jurídica del cuestionario. La STS (sala de lo civil, sección 1ª), de 30 de mayo de 2018 (RJ 2018, 158304)», en *Revista Lex Mercatoria*, nº 9, 2018, págs. 51 a 58.

PEÑAS MOYANO, M.J., «El deber de declaración del riesgo y sus agravaciones en el seguro de enfermedad», en *La Ley Mercantil*, nº. 35 (marzo), 2017, pág. 4

RUBIO VICENTE, P. J., *El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro*, Mapfre, Madrid, 2003

SÁNCHEZ CALERO, F. (Dir.), *Ley de Contrato de Seguro: comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, Aranzadi, Cizur Menor, 2005.

TAPIA HERMIDA, A.J., *Derecho de Seguros y fondos de pensiones*, Iustel, Madrid, 2014.

TAPIA HERMIDA, A.J., «Condena de la aseguradora por someter al asegurado - consumidor habitual de drogas- a un cuestionario ambiguo: La Sentencia del Tribunal Supremo núm. 562/2018 de 10 de octubre», en *El Blog de Alberto J. Tapia Hermida*, 12 de noviembre de 2018. Accesible en: <http://ajtapia.com/2018/11/condena-de-la-aseguradora-por-someter-al-asegurado-consumidor-habitual-de-drogas-a-un->

cuestionario-ambiguo-la-sentencia-del-tribunal-supremo-num-562-2018-de-10-de-octubre/ (Consultado el 22 de febrero de 2019)

TAPIA HERMIDA, A.J., «Absolución de la aseguradora por ocultación dolosa de enfermedades preexistentes de la asegurada por su hermana, que cumplimentó el cuestionario de salud como representante: La Sentencia de la Sala Primera de lo Civil del Tribunal Supremo núm. 273/2018 de 10 mayo», en: *El Blog de Alberto J. Tapia Hermida*, 28 de junio de 2018. Accesible en <http://ajtapia.com/2018/06/absolucion-de-la-aseguradora-por-ocultacion-dolosa-de-enfermedades-preexistentes-de-la-asegurada-por-su-hermana-que-cumplimento-el-cuestionario-de-salud-como-representante-la-sentencia-de-la-s/> (Consultado el 22 de febrero de 2019).

TAPIA HERMIDA, A.J., «Condena de la aseguradora por someter al asegurado a un cuestionario genérico: La Sentencia del Tribunal Supremo núm. 323/2018 de 30 mayo», en *El Blog de Antonio J. Tapia Hermida*, 28 de junio de 2018. Accesible en: <http://ajtapia.com/2018/06/condena-de-la-aseguradora-por-someter-al-asegurado-a-un-cuestionario-generico-la-sentencia-del-tribunal-supremo-num-323-2018-de-30-mayo/> (Consultado el 22 de febrero de 2019).

TAPIA HERMIDA, A.J., «Cuestionarios y declaraciones de salud válidos en los seguros de vida. Sentencia de Tribunal Supremo núm.726/2016, de 12 de diciembre», en *El Blog de Antonio J. Tapia Hermida*, 28 de enero de 2017. Accesible en: <http://ajtapia.com/2017/01/cuestionarios-y-declaraciones-de-salud-validos-en-los-seguros-de-vida-sentencia-de-tribunal-supremo-num-7262016-de-12-de-diciembre/> (Consultado el 22 de febrero de 2019)

VEIGA COPO, A., *Tratado del contrato de seguro*, Civitas, Cizur menor, 2016

VÉRGEZ SÁNCHEZ, M., «Sobre el deber de declaración del riesgo del tomador o del asegurado en el seguro de vida: a propósito de la sentencia de la Sección 1ª de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo nº 1373/2008 de 4 de enero», en *Revista española de seguros: Publicación doctrinal de Derecho y Economía de los Seguros privados*, nº. 142, 2010, págs. 397-406.

JURISPRUDENCIA

Sentencia del Tribunal Supremo 301/2019, de 7 de febrero de 2019. (ECLI: ES:TS:2019:301)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 127/2019, de 21 de enero de 2019 (ECLI: ES:TS:2019:127)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 3738/2018, de 8 de noviembre de 2018 (ECLI: ES:TS:2018:3738)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 562/2018, de 10 de octubre de 2018 (ECLI: ES:TS:2018:3473)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 2025/2018, de 30 de mayo de 2018. (ECLI: ES:TS:2018:2025)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 273/2018, de 10 de mayo de 2018. (ECLI: ES:TS:2018:1628)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 222/2017, de 5 de abril de 2017 (RJ\2017\2664)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 1330/2017, de 5 de mayo de 2017. (ECLI: ES:TS:2017:1330)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 5377/2016, de 12 de diciembre de 2016 (ECLI: ES:TS:2016:5377)

Sentencia del Tribunal Supremo nº 726/2016, de 12 de diciembre de 2016. (ECLI: ES:TS:2016:726)

Sentencia del Tribunal Supremo 1208/2016, de 16 de marzo de 2016 (ECLI:ES:TS:2016:1208)

Sentencia del Tribunal Supremo 5495/2014, de 4 de diciembre de 2014. (ECLI:ES:TS:2014:5495)

Sentencia del Tribunal Supremo 5095/2014, de 2 de diciembre de 2014. (ECLI: ES:TS:2014:5095)

Sentencia del Tribunal Supremo 6503/2013, de 18 de noviembre de 2013 (ECLI: ES:TS:2013:6503)

Sentencia del Tribunal Supremo 1373/2008, de 4 enero de 2008. (RJ 2008\2923)

Sentencia del Tribunal Supremo 248/2008, de 29 de abril de 2008. (RJ 2008\1989)

Sentencia del Tribunal Supremo 481/2007, de 11 de mayo de 2007 (RJ 2007\2134)

Sentencia del Tribunal Supremo 1242/2006, de 24 de noviembre de 2006 (RJ 2006/7896)

Sentencia del Tribunal Supremo 1008/2005, de 15 de diciembre de 2005 (RJ 2005/10154)

Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de febrero de 2001 (RJ 2001/2609)

Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de septiembre de 1997 (RJ 1997/6822)

Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de febrero de 1989 (RJ 1989/761)

Sentencia de la Audiencia Provincial de Murcia, Sección 1ª, nº 100/2018, de 19 de febrero de 2018.

Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza, sección 5ª, nº 212/2010, de 8 de abril (ECLI:ES:APZ:2010:306),

Sentencia de la Audiencia Provincial de Tarragona, sección 1ª, de 18 de marzo de 2010. (JUR 2010\244850)

Sentencia de la Audiencia Provincial de Granada, sección 4ª, nº 130/2009, de 20 de marzo (JUR 2009\2745)

Sentencia de la Audiencia Provincial de Cádiz, sección 4ª, de 24 de abril de 2001. (JUR\2001\189102)

Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, sección 4ª, de 14 de julio de 2000 (AC 2000\1527).