



**A VUELTAS CON EL DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO EN LOS  
SEGUROS: EL TRIBUNAL SUPREMO REFUERZA QUE EL INCUMPLIMIENTO  
POR EL TOMADOR DEL COMPONENTE SUBJETIVO ES CAUSA DE  
EXONERACIÓN PARA LA ENTIDAD ASEGURADORA\***

*Jesús Almarcha Jaime*  
*Abogado de seguros y reaseguros*  
*Pérez-Llorca*

*Fecha de publicación: 24 de febrero del 2021*

Con el permiso del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, no habrá en la jurisprudencia de seguros una norma más problemática que el artículo 10 del mismo cuerpo legal. El tan invocado deber de declaración del riesgo del tomador, cuya virtualidad ha ido perfilándose, especialmente en lo relacionado con los seguros de personas (vida, accidentes, asistencia sanitaria, enfermedad, decesos y dependencia), supone la punta de lanza de las entidades aseguradoras frente al tomador o asegurado cuando tiene lugar el siniestro y se observa la verdadera entidad o circunstancias del riesgo cubierto por el contrato.

Puede afirmarse que la evolución o desarrollo del deber de declaración del riesgo del tomador ha tenido una doble perspectiva: de un lado, la relativa a la forma en que debe hacerse la declaración; de otro, el alcance del deber para el tomador. En este sentido, la

---

\* Trabajo realizado bajo la tutela del profesor Ángel Carrasco en el marco del Proyecto de Investigación PGC2018-098683-B-I00, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (MCIU) y la Agencia Estatal de Investigación (AEI) cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) titulado "Protección de consumidores y riesgo de exclusión social" y dirigido por Ángel Carrasco Perera y Encarna Cordero Lobato y a la Ayuda para la financiación de actividades de investigación dirigidas a grupos de la UCLM Ref.: 2020-GRIN-29156, denominado "Grupo de Investigación del Profesor Ángel Carrasco" (GIPAC) y a la ayuda para la realización de proyectos de investigación científica y transferencia de tecnología, de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) para el Proyecto titulado "Protección de consumidores y riesgo de exclusión social en Castilla-La Mancha" (PCRECLM) con SBPLY/19/180501/000333, dirigido por Ángel Carrasco Perera y Ana Isabel Mendoza Losana.



doctrina del Tribunal Supremo<sup>1</sup> ha ido asentando los siguientes principios:

- a) El deber de declaración del riesgo del tomador se sitúa como un deber de contestación o respuesta a las preguntas que efectúa la entidad aseguradora.
- b) En principio, la entidad aseguradora resultará responsable cuando proporcione un cuestionario excesivamente genérico, incompleto o ambiguo que impida identificar al tomador sus antecedentes con la enfermedad causante del siniestro.
- c) La eficacia material de una declaración del riesgo no dependerá de que el tomador sea la persona que efectivamente cumplimente el cuestionario, sino que también es válido que lo sea por otra persona siempre que se incluyan las respuestas ofrecidas por el tomador.
- d) El cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que dependa su eficacia, reconociéndose como válidas aquellas declaraciones que se hayan añadido en la documentación de la póliza, ya sean añadidas por el tomador o por la entidad aseguradora.
- e) El Tribunal Supremo sólo puede analizar si las preguntas recogidas en el cuestionario llevan al asegurado a apreciar que la no declaración de determinados antecedentes dificulta la labor del asegurador de valorar correctamente el riesgo asegurado, que causalmente está ligado con el siniestro.

Pues bien, recientemente el Tribunal Supremo ha resuelto varios supuestos en los que se discutían si las preguntas del formulario presentado al tomador en la contratación de seguros de personas permitían a los asegurados vincular sus antecedentes de salud con la valoración del riesgo:

---

<sup>1</sup> Sentencias del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) 7/2020, de 8 de enero (RJ 2019\5383); 572/2019, de 4 de noviembre (RJ 2019\4340); 106/2019, de 19 de febrero; 81/2019, de 7 de febrero; 53/2019, de 24 de enero (RJ 2019\652); 37/2019, de 21 de enero (RJ 2019\154); 621/2018, de 8 de noviembre (RJ 2018\5217); 562/2018, de 10 de octubre; 563/2018, de 10 de octubre; 528/2018, de 26 de septiembre (RJ 2018\4691); 426/2018, de 4 de julio (RJ 2018\2791); 323/2018 de 30 de mayo; 273/2018, de 10 de mayo; 542/2017, de 4 de octubre (RJ 2017\4232); 222/2017, de 5 de abril; 726/2016, de 12 de diciembre; 157/2016, de 16 de marzo (RJ 2016\851); y 72/2016, de 17 de febrero (RJ 2016\543).



- a) En la Sentencia núm. 611/2020<sup>2</sup>, el cuestionario preguntaba al tomador si fumaba más de cuarenta cigarrillos al día, a lo que respondió negativamente (había dejado de fumar un año antes a causa de un infarto). En cambio, faltó a la verdad al negar, pese a dicho infarto, haber estado de baja durante más de quince días en los últimos cinco años, al negar haber sido intervenido quirúrgicamente, al negar haber estado bajo tratamiento médico y, finalmente, indicar que estaba en buen estado de salud y sin enfermedad. El tomador falleció varios años después a causa de un cáncer de pulmón, por lo que se consideró que no existía relación entre las ocultaciones (problemas cardiovasculares) y la causa del fallecimiento, condenando a la entidad aseguradora.
- b) En el supuesto de la Sentencia núm. 639/2020<sup>3</sup>, el cuestionario no incluía una mención expresa al cáncer, pero sí se recogía una triple declaración del asegurado consistente en reconocer que estaba sano y no sufría enfermedades, en la inexistencia de patologías, tratamientos o seguimientos facultativos en los últimos cinco años (ocultando así sus revisiones anuales) y una confirmación de la exactitud de los datos aportados y la ausencia de causas que denegasen el seguro de vida.
- c) El caso de la Sentencia núm. 647/2020<sup>4</sup> versaba sobre una reclamación del asegurado tras habersele reconocido una invalidez permanente absoluta a causa de un accidente de tráfico y que se encontraba cubierta por el seguro. La acción fue desestimada en las dos primeras instancias por entenderse que existió una infracción del deber de declaración del riesgo al omitirse por el asegurado diversas dolencias que sufría desde hace tiempo, que conocía al contratar el seguro, y que ayudaron a agravar su estado tras el siniestro.
- d) En la Sentencia núm. 661/2020<sup>5</sup> el cuestionario no contenía preguntas específicas sobre patologías de tipo mental, pero sí respecto a si el asegurado se encontraba bajo tratamiento médico y farmacológico o si había sido hospitalizado en los

---

<sup>2</sup> Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 611/2020, de 16 de noviembre (RJ 2020\4609).

<sup>3</sup> Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 639/2020, de 25 de noviembre (RJ 2020\4814).

<sup>4</sup> Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 647/2020, de 30 de noviembre (RJ 2020\4798).

<sup>5</sup> Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 661/2020, de 10 de diciembre (RJ 2020\4948).



últimos tres años (negando así recibir supervisión médica y sus ingresos hospitalarios por autolisis).

En todos los casos se analiza si las ocultaciones de los tomadores tenían relación con la causa del siniestro, constatándose en las tres últimas sentencias citadas que los asegurados deberían haber informado sobre sus antecedentes a las aseguradoras dada su relevancia y las altas probabilidades de, por un lado, recidiva y, por otro lado, intentos de suicidio, aun cuando el cuestionario de salud no aludiera de forma explícita a sus enfermedades o las acotara en el tiempo.

A la vista de lo anterior, el Tribunal Supremo viene a concluir lo siguiente:

1. No cabe la revisión de la validez formal del cuestionario en casación, siendo únicamente revisable su validez material.
2. Los asegurados no faltaron propiamente a la verdad al no informar sobre sus antecedentes en las preguntas genéricas de los cuestionarios relativas al padecimiento de enfermedades. Sin embargo, las preguntas estaban bien formuladas para poder determinar correctamente el riesgo a asumir en tanto que las negaciones de los asegurados guardaban causalmente relación con los siniestros.
3. Por tanto, los asegurados sí incumplieron su deber de comunicar el riesgo al ocultar la existencia de antecedentes de salud (patologías previas, hospitalizaciones y autolisis), ya que debieron conocer que estaban ocultando datos incuestionablemente relevantes para la suscripción del seguro y que medió en la causa del siniestro.
4. Finalmente, y en lo que concierne a las enfermedades mentales, no resulta coherente intentar justificar que el asegurado no las concibe como importantes a la hora de declarar el riesgo y, al mismo tiempo, no cuestionar su capacidad para la celebración del contrato, máxime cuando la eficacia del contrato no se discute. Por tanto, si el asegurado tenía capacidad para contratar, también se presupone que la tiene para declarar el riesgo correctamente.

Se remarca así con estas sentencias la existencia de un componente subjetivo dentro del deber de declaración del riesgo del tomador que habrá de ser tenido en cuenta en la revisión de los litigios en los que se cuestione la veracidad o exactitud de los datos



aportados a la entidad aseguradora. Este componente subjetivo, que trasciende de lo objetivo (el deber de responder a lo que le pregunten en el cuestionario y la necesidad de que este cuestionario sea lo más preciso posible), implica que tenga que valorarse si realmente el tomador tenía un ánimo fraudulento mediante la ocultación de elementos o circunstancias que obviamente debían ser comunicadas a la entidad aseguradora por su importancia en la valoración del riesgo, incluso si específicamente no se ha preguntado por tal elemento o circunstancia en el cuestionario o no se han puesto de relieve en la declaración predispuesta por la entidad.

En definitiva, aunque sin decirlo, parece que el Tribunal Supremo acerca el contenido del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro al del dolo grave de los artículos 1269 y 1270 del Código Civil, máxime si se observa que la consecuencia en todos ellos para el incumplimiento del tomador es precisamente la liberación de la entidad aseguradora del pago de la indemnización o a la prestación del servicio previstos en la póliza. Sin embargo, para que ello ocurra, es necesario que exista un nexo entre las ocultaciones y la causa del fallecimiento.