

## 1.5. Obligaciones y contratos

# Responsabilidad de la aseguradora en la delimitación del riesgo en el contrato de seguro

## *Responsibility of the insurer for the delimitation of risk in the insurance contract*

por

BEATRIZ SÁENZ DE JUBERA HIGUERO

*Profesora agregada de Derecho civil  
Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)*

**RESUMEN:** La delimitación del riesgo cubierto en la póliza de seguros es un aspecto relevante de este tipo de contratos. Es una determinación que se lleva a cabo en una fase precontractual y en la que el cuestionario al que se somete al tomador del seguro por la compañía aseguradora a través de sus agentes es la pieza clave; tal y como se establece en el artículo 10 de la Ley de contrato de seguro y en la jurisprudencia, el deber del tomador de cara a la delimitación del riesgo es de simplemente la respuesta a ese cuestionario en los términos concretos en que se planteó, siendo la responsabilidad de la aseguradora el que ese cuestionario sea completo, claro y específico en relación con todas y cada una de las circunstancias que la aseguradora considere relevantes para la delimitación del riesgo cubierto; la falta de cuestionario y los defectos en él de claridad o de omisiones en las preguntas específicas sobre antecedentes, patologías, etc... solo pueden ser repercutibles y achacables a la aseguradora, que no podrá eludir su responsabilidad en caso de producción del siniestro.

**ABSTRACT:** *The delimitation of the risk covered in the insurance policy is a relevant aspect of this type of contract. It is a determination that is carried out in a pre-contractual phase and in which the questionnaire to which the policyholder is subjected by the insurance company through its agents is the key element: as established in article 10 of the insurance contract law and in jurisprudence, the duty of the policyholder for the delimitation of risk is simply the answer to that questionnaire in the specific terms in which it was raised, being the responsibility of the insurer that the questionnaire be complete, clear and specific in relation to each and every one of the circumstances that the insurer considers relevant for the delimitation of the covered risk; the lack of questionnaire and the defects in it of clarity or omissions in the specific questions about antecedents, pathologies, etc... can only be repercutibles and attributable to the insurer, who can not evade its responsibility in case of production of the accident or event.*

**PALABRAS CLAVE:** Aseguradora. Contrato de seguro. Riesgo. Tomador del seguro.

*KEY WORDS: Insurer. Insurance contract. Risk. Policyholder.*

**SUMARIO:** I. PLANTEAMIENTO.—II. LAS CLÁUSULAS DELIMITADORAS DEL RIESGO.—III. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN LA DELIMITACIÓN DEL RIESGO: 1. EL ARTÍCULO 10 LCS. 2. RESPONSABILIDAD EN LA DELIMITACIÓN DEL RIESGO SEGÚN LA RECIENTE JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO.—IV. CONCLUSIONES.—V. ÍNDICE DE RESOLUCIONES.

## I. PLANTEAMIENTO

Si hay un contrato de adhesión frecuente en la práctica, más incluso que el últimamente tan conflictivo préstamo, ese contrato es el de seguro. Cabe afirmar sin miedo a equivocarse que todas las familias y sujetos adultos han suscrito alguna vez uno o varios seguros: de hogar, el obligatorio del vehículo, de responsabilidad civil, de daños, de salud, de vida... algunos incluso suscritos vinculados a otro contrato como el de préstamo hipotecario o a tarjetas de crédito.

Y siendo un contrato de adhesión, sus cláusulas y efectos hacia el tomador del seguro y el asegurado deben ser objeto de una especial atención y control, para evitar situaciones abusivas e injustas.

Y entre las situaciones más conflictivas en relación con el contrato de seguro, sin duda, una de las más habituales se centra en la delimitación del riesgo cubierto. No es ajeno a la realidad el hecho de que cuando ocurre un siniestro en principio amparado por la cobertura de un seguro, por ser la circunstancia genérica que motivó su suscripción (enfermedad, fallecimiento, daño, robo...), de repente surge esa letra pequeña del contrato, esas cláusulas de limitación de responsabilidad, esas estipulaciones en las que uno no se fijó al adherirse a ese contrato pero que, justo en ese momento en que se sufre el siniestro, pesan como una losa para el tomador del seguro, pues son las que esgrime el asegurador para tratar de no cumplir con la prestación debida por la cobertura del seguro o reducirla. El tomador del seguro, cuando lo suscribe, atiende a la circunstancia genérica de cobertura de un siniestro (si enferma, si fallece, si le roban, si sufre daños, si provoca daños...), pero en ese contrato de adhesión hay muchas cláusulas que precisamente concretan esa cobertura más de lo que piensa y es consciente ese tomador; y normalmente los conflictos tras un siniestro tienen lugar precisamente por esa delimitación de la cobertura del riesgo asegurado; delimitación efectuada, además de por esas cláusulas, a través del cuestionario previo a la suscripción de la póliza al que se hubiera sometido al tomador, de especial relevancia en la práctica en el marco de los seguros de personas (salud, incapacidad, vida o fallecimiento).

Por ello, en esta materia es relevante atender a las cláusulas delimitadoras del riesgo y también a la responsabilidad en la delimitación del riesgo. El Tribunal Supremo recientemente, en relación a esta última cuestión, ha advertido y determinado la responsabilidad de la aseguradora en esa delimitación: es a ella como profesional a quien le incumbe la oportuna delimitación de la cobertura, y su actuación negligente, incompleta o imprecisa (así como la de sus agentes mediadores o corredores) no puede provocar el traslado de efectos negativos para el tomador y el asegurado en cuanto al cumplimiento de la prestación debida tras la producción del siniestro asegurado.

En este trabajo, tras un breve comentario sobre las cláusulas delimitadoras del riesgo, me centraré en el análisis de la más reciente jurisprudencia, ya consolidada, que determina la responsabilidad de la aseguradora en la delimitación del riesgo cubierto.

## II. LAS CLÁUSULAS DELIMITADORAS DEL RIESGO

La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, LCS) en su artículo 1 en cierta forma ya se refiere a las cláusulas delimitadoras del riesgo asegurado cuando define el contrato de seguro como «aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas».

Al riesgo asegurado también se refiere el artículo 8 LCS, en sus apartados 3, 4 y 5, cuando advierte que como contenido mínimo el contrato de seguro debe incluir: «3. Naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente. 4. Designación de los objetos asegurados y de su situación. 5. Suma asegurada o alcance de la cobertura».

Podemos afirmar que las cláusulas delimitadoras del riesgo concretan, «delimitan», el riesgo cubierto por la póliza de seguro contratado fijando el objeto del mismo que determina el nacimiento del derecho del asegurado a exigir la prestación reparadora por la aseguradora. Una cláusula delimitadora del riesgo es, por tanto, aquella cláusula con la que se concreta y define el riesgo cubierto por el seguro, determinando el objeto del seguro, es decir, los riesgos que en caso de materializarse darían lugar a la cobertura del seguro y a la obligación de la aseguradora de cumplir con la prestación pactada en tal caso y al derecho del asegurado a exigir tal prestación. Como se indica en el artículo 1 LCS, la obligación del asegurador se encuentra dentro de los límites pactados en el contrato (*vid.*, entre otras, STS núm. 853/2006, de 11 de septiembre).

Esta STS núm. 853/2006, de 11 de septiembre, advierte que son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan: I) qué riesgos constituyen dicho objeto; II) en qué cuantía; III) durante qué plazo; y IV) en qué ámbito espacial. Esta doctrina fue acogida y referenciada en numerosas sentencias posteriores (entre otras, SSTS núm. 1050/2007, de 17 de octubre, núm. 516/2009, de 15 de julio, núm. 738/2009, de 12 de noviembre, núm. 601/2010, de 1 de octubre, núm. 598/2011, de 20 de julio, y núm. 895/2011, de 30 de noviembre).

Por su parte, la STS núm. 82/2012, de 5 de marzo, señaló que dentro de esta categoría de cláusulas delimitadoras del riesgo debe incluirse «la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada o contratada». Y conforme a la STS núm. 273/2016, de 22 de abril: «se trata pues de individualizar el riesgo y de establecer su base objetiva, eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o con arreglo al uso establecido, siempre que no delimiten el riesgo en forma contradictoria con las condiciones particulares del contrato o de manera infrecuente o inusual (cláusulas sorprendentes)».

Las cláusulas delimitadoras del riesgo suelen encontrarse en el condicionado general del contrato y su aceptación por el asegurado se engloba conjuntamente con el resto de cláusulas generales sin que, a diferencia de las cláusulas limitativas de derechos<sup>1</sup>, se requiera una aceptación específica para estas cláusulas delimitadoras (*vid.*, entre otras, STS núm. 704/2006, de 7 de julio).

Pero como he advertido antes, se trata de contratos generalmente de adhesión, en los que el tomador o asegurado simplemente se adhiere y consiente al clausulado propuesto por la compañía aseguradora sin posibilidades de negociación. Y ante este tipo de contratos es esencial la exigencia de claridad en la redacción de cláusulas y de transparencia contractual, informando al adherente de los elementos esenciales del contrato, entre ellos el objeto.

En relación con la claridad de las cláusulas debe advertirse que en caso de duda, oscuridad o confusión en su redacción, la cláusula delimitadora será interpretada a favor del asegurado adherente.

Y en cuanto a la transparencia contractual, en la medida que resulta esencial que el asegurado conozca el objeto del contrato sobre el que va a prestar su consentimiento, dado que estas cláusulas que estamos analizando concretan el objeto del contrato (el riesgo objeto de cobertura por el seguro), el asegurador deberá proporcionar información suficiente sobre ese objeto y el concreto riesgo cubierto por el seguro, lo que exige prestar información clara, oportuna y suficiente en relación con las cláusulas delimitadoras del riesgo cubierto y las de exclusión de cobertura, así como respecto a las limitativas de derechos del asegurado; si bien, respecto a las delimitadoras del riesgo no se prevén unos requisitos formales de incorporación y transparencia tan expresos y específicos como los recogidos en el artículo 3 LCS<sup>2</sup> sobre las cláusulas limitativas de derechos, las exigencias de transparencia formal determinan que en la práctica las aseguradoras igualmente destaquen en el contrato este tipo de cláusulas y hagan una llamada de atención expresa y específica a las mismas en el propio contrato en el momento y lugar de aceptación del clausulado por el asegurado.

### III. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN LA DELIMITACIÓN DEL RIESGO

#### 1. EL ARTÍCULO 10 LCS

En el marco de la delimitación del riesgo cubierto, las previsiones del artículo 10 LCS son muy relevantes. Este precepto configura en su primer párrafo un deber del tomador del seguro de respuesta a un cuestionario planteado por la aseguradora (o su agente mediador o corredor, cuya actuación a tales efectos serían igualmente vinculantes para la aseguradora): «el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este 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».

Es decir, en los propios términos expuestos del artículo 10 LCS lo que se acoge no es un deber genérico de declaración de todas las circunstancias sino un deber de responder a las preguntas que al respecto la aseguradora le plantee, en el marco de la competencia y diligencia de esta (y carga, por otro lado) de

delimitar el riesgo cubierto por el seguro a suscribir. Sin duda con este precepto se viene a advertir ya de la responsabilidad de la aseguradora a este respecto, teniendo en cuenta su deber de diligencia profesional y el carácter de adherente del tomador del seguro, merecedor por ello de cierta protección.

Pero también se le reconoce en ese artículo 10 LCS una «vía de escape» a la aseguradora: tiene la posibilidad de instar la rescisión del contrato en caso de que conociera la existencia de reserva o inexactitud en las manifestaciones del tomador de seguro; para ello deberá comunicar tal voluntad al tomador en el plazo de un mes desde que conociera esa inexactitud. Si acaece el siniestro antes de que instase esa rescisión, podrá reducirse la prestación proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y abonada y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo; aunque si existiera dolo o culpa grave del tomador, entonces la aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

Ahora bien, resulta imprescindible advertir que, tal y como señala el Tribunal Supremo y se analizará a continuación, esa posible reducción de la prestación viene vinculada al efectivo cumplimiento diligente de la aseguradora en relación al planteamiento de un cuestionario al tomador que sea completo y con preguntas específicas, precisas y claras; de lo contrario, las consecuencias de la falta de cuestionario o de que este sea incompleto o de la falta de concreción de las preguntas deben recaer en la aseguradora, no en el tomador; y por ello la aseguradora deberá cumplir con la totalidad de la prestación debida ante la producción del siniestro. Pero además, esa posible reducción no opera automáticamente: «requiere, en virtud del principio de rogación procesal, que el asegurador ejercite la pretensión en el momento procesal oportuno y no puede aplicarse si esta pretensión no se ha ejercitado» (STS núm. 106/2019, de 19 de febrero; igualmente, con anterioridad, SSTs núm. 81/2019, de 7 de febrero, núm. 623/2005, de 15 de julio y núm. 456/2004, de 7 de junio).

La exoneración total de pago solo puede tener lugar si concurren dos requisitos: a) que el siniestro se hubiera producido antes de que la aseguradora hubiera instado esa rescisión y denuncia del contrato; y b) concurrencia de dolo o culpa grave en el tomador al tiempo de hacer esa declaración sobre el riesgo. Si el asegurador conociera la declaración inexacta del tomador del seguro después de la firma del contrato, pero no insta su resolución en el plazo legal, se entiende que ha considerado irrelevante la declaración inexacta y, por lo tanto, si se produjera el siniestro, no puede liberarse de la obligación de pago de la indemnización alegando dolo o culpa grave en el tomador del seguro al realizar la declaración de salud.

## **2. RESPONSABILIDAD EN LA DELIMITACIÓN DEL RIESGO SEGÚN LA RECIENTE JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO**

El Tribunal Supremo ha venido marcando en los últimos años una doctrina ya consolidada en relación con la diligencia y responsabilidad exigible a la aseguradora y la configuración del deber de información del tomador del seguro en el marco de la delimitación del riesgo cubierto por la póliza de seguro.

Como indica la STS núm. 53/2019, de 24 de enero, «dada su profesionalidad, a la compañía de seguros le es exigible un plus de diligencia».

No en vano debe tenerse en cuenta que por su carácter profesional, y además redactora unilateral de las cláusulas del seguro, es la aseguradora la plena

conocedora de cuáles son las circunstancias que deban considerarse relevantes y necesarias para la delimitación del riesgo en ese concreto seguro; de ahí que sea ella a la que deba exigírsele el deber de concretar esas circunstancias a través de un cuestionario (entre otras, STS núm. 53/2019, de 24 de enero). Es ella quien debe poner en conocimiento del tomador a través de ese cuestionario qué debe entenderse como circunstancias relevantes para la delimitación del riesgo y para ello las preguntas deben ser claras, respecto a circunstancias precisas y específicas, no formuladas de modo ambiguo ni genérico de modo que sea un cuestionario «tan genérico que la valoración del riesgo no vaya a depender de las circunstancias comprendidas en él o por las que fue preguntado el asegurado» (STS núm. 323/2018, de 30 de mayo; es decir, un cuestionario de mero trámite con el que realmente la aseguradora no va a precisar ni delimitar el riesgo).

No puede pretenderse trasladar al tomador del seguro la responsabilidad de concretar qué es lo relevante para delimitar el riesgo de ese seguro; eso es una carga de la aseguradora como profesional del sector; qué es lo relevante es una cuestión, además, subjetiva y un término muy impreciso para que un tomador lo pueda concretar sin más; es la aseguradora quién debe precisarlo a través del cuestionario.

Y por eso es por lo que, tanto el artículo 10 LCS como el Tribunal Supremo, han concretado el deber del tomador en cuanto a la declaración del riesgo en un «deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto, ambiguo o poco claro» (entre otras, SSTs núm. 106/2019, de 19 de febrero, núm. 81/2019, de 7 de febrero, núm. 53/2019, de 24 de enero, núm. 562/2018, de 10 de octubre y núm. 323/2018, de 30 de mayo). Un cuestionario incompleto, en cuanto que, requiriéndose que las preguntas hagan referencia a situaciones, circunstancias o patologías específicas, y no empleando términos genéricos, la falta de alusión a alguna situación concreta dejaría el cuestionario incompleto; y, si esa patología o circunstancia omitida en el cuestionario y, por ende por el tomador, es posteriormente determinante en la producción del siniestro, la aseguradora no podrá evitar su responsabilidad y el pago completo de la prestación por el siniestro acaecido.

El Tribunal Supremo ha advertido, por otro lado, que «cuando el seguro se contrata con la intervención de un mediador, debe ser este quien someta al solicitante del seguro el cuestionario previsto en el artículo 10 LCS y la declaración del riesgo hecha ante el agente surte los mismos efectos que si se hubiera hecho directamente al asegurador, por disposición expresa del artículo 12.1 de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Igual sucede con el procedimiento de comunicación de la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario, previsto en el artículo 11 LCS. *A sensu contrario*, la omisión del cuestionario por parte del agente debe ser entendida como omisión por la propia compañía» (entre otras, STS núm. 53/2019, de 24 de enero).

Y, asimismo, nuestro Alto Tribunal ha señalado que ese cuestionario no tiene que revestir una forma especial, siendo lo relevante qué se pregunta, es decir, el contenido material de ese cuestionario. De modo que es a ese contenido al que se deberá atender por los jueces para poder apreciar si del mismo y de las preguntas en él acogidas se deriva claramente que se comunica al tomador qué información es relevante para la aseguradora en relación a ese seguro de cara a la oportuna valoración del riesgo y la delimitación de la cobertura del riesgo; debe atenderse si tal contenido podía realmente llevar al tomador a ser

consciente de cuáles eran los antecedentes y circunstancias relevantes de los que debía informar y que, omitiendo una determinada información, ocultaba datos importantes para la exacta valoración y delimitación del riesgo asegurado; en definitiva, debe verificarse que del cuestionario se deducen elementos de juicio suficientes para que el tomador pudiera conocer de qué debe informar (entre otras, SSTS núm. 81/2019, de 7 de febrero, núm. 53/2019, de 24 de enero y núm. 562/2018, de 10 de octubre).

A este respecto, no se puede exigir al tomador informar sobre algo que no se le ha preguntado y «en consecuencia, producido el siniestro, la aseguradora no puede ampararse para no cumplir íntegramente la prestación que le incumbe en una inexacta apreciación del riesgo, puesto que sería consecuencia de su propia falta de diligencia en la contratación del seguro» (STS núm. 81/2019, de 7 de febrero).

Conforme advierte la STS núm. 562/2018, de 10 de octubre, lo verdaderamente relevante en relación con el cuestionario es si puede concluirse que el tomador del seguro fue o no preguntado por esa concreta información relevante para la aseguradora de cara a la delimitación y valoración del riesgo.

Tal y como señalan las SSTS núm. 53/2019, de 24 de enero y núm. 323/2018, de 30 de mayo, así como otras anteriores a las que estas se refieren, deben concurrir todos estos requisitos para poder apreciar que el tomador incumplió su deber en la declaración del riesgo:

*I) Que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante*

Como he indicado antes, esa relevancia viene directamente determinada por el propio contenido del cuestionario y las preguntas en él acogidas, tal y como se advierte en el segundo de los requisitos que se indica a continuación.

*II) Que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa*

A este respecto no sirven preguntas estereotipadas ni genéricas en ese cuestionario formulado por la aseguradora o su agente mediador o corredor, pues no permiten al tomador vincular la pregunta y el interés de la aseguradora con unos determinados antecedentes que a la postre serían relevantes en la causa del siniestro. La STS núm. 157/2016, de 16 de marzo, precisamente descartó que el tomador hubiera incumplido su deber de información o declaración de salud al omitir referencia al cáncer padecido por contenerse en el cuestionario y póliza una cláusula tipo sobre la salud general del tomador en el momento de la suscripción del seguro, sin interesar ninguna respuesta acerca de enfermedades relevantes del asegurado (como digo, en ese caso padecía cáncer) y sin individualizar ni concretarse preguntas relevantes de cara a la determinación del riesgo objeto de cobertura.

«La falta de concreción del cuestionario debe operar en contra del asegurador, pues a este incumben las consecuencias de la presentación de una declaración o cuestionario de salud excesivamente ambiguo o genérico, ya que el artículo 10 LCS, en su párrafo primero, exonera al tomador-asegurado de su deber de declarar el riesgo tanto en los casos de falta de cuestionario cuanto en los casos, como el presente, en que el cuestionario sea tan genérico que la valoración del

riesgo no vaya a depender de las circunstancias comprendida en él o por las que fue preguntado el asegurado» (STS núm. 323/2018, de 30 de mayo).

En un seguro de personas (como el de vida o por incapacidad), que es el ámbito del seguro en el que mayor conflictividad existe en esta materia, las preguntas del cuestionario deberán ir especificadas a cada una de las patologías concretas o lesiones de distinto tipo o antecedentes concretos y expresos en relación con específicas (circulatorias, oncológicas, cardiovasculares, respiratorias...) patologías, dolencias, enfermedades, tratamientos o adicciones (tabaco, drogas, alcohol) que interesen a la aseguradora; la omisión de referencia expresa a alguna concreta patología o adicción es una negligencia achacable a la aseguradora y a sus agentes mediadores o corredores que actuaron planteando ese cuestionario incompleto e inconcreto u omitiéndolo. A este respecto, la STS núm. 222/2017, de 5 de abril, considera que, dados los términos en que aparecía redactada la declaración de salud por parte de la compañía aseguradora, no cabía entender que, porque la tomadora no manifestara los antecedentes de posible psicosis que padecía desde mucho antes, estuviera ocultando datos de salud relevantes para la valoración del riesgo, «pues no se le preguntó específicamente sobre si padecía o había padecido enfermedad o patología afectante a su salud mental (solo se aludió a patologías de tipo cardíaco, respiratorio, oncológico, circulatorio, infeccioso, del aparato digestivo o endocrino —diabetes—) ni si padecía enfermedad de carácter crónico, con tratamiento continuado, que ella pudiera vincular de forma razonable con esos antecedentes de enfermedad mental que condujeron finalmente a la incapacidad». Por su parte, la STS núm. 562/2018, de 10 de octubre, negó responsabilidad del tomador que no informó sobre sus antecedentes de consumo de drogas pues no se le preguntó expresamente sobre ello, sino solo sobre consumo de alcohol; se advierte en esta sentencia que no cabe exonerar al asegurador de las consecuencias que debería soportar por la presentación de un cuestionario nada preciso sobre tal aspecto (el consumo de drogas y sus efectos en la salud), ni reprochar al asegurado no haber declarado un riesgo respecto de algo (su adicción a las drogas) sobre lo que no se le preguntó y cuyos efectos en su salud tampoco tenía por qué conocer, dada la ausencia de patología o sintomatología derivada del dicho consumo; según el Tribunal Supremo en esta sentencia «es razonable entender que si la aseguradora veló por conocer los riesgos para la salud que podían derivarse del consumo habitual de “bebidas alcohólicas”, formulando una pregunta al respecto (no siendo relevante la ocultación de este dato al no guardar relación el consumo de alcohol con las patologías que determinaron la invalidez), sea exigible la misma diligencia a la hora de preguntar por otros hábitos de consumo relacionados con drogas notoriamente más dañinas para la salud como la heroína o la cocaína, lo que sin embargo no hizo».

La omisión de cuestionario o el que este sea incompleto es una falta de diligencia de la aseguradora o sus agentes de la que será esa aseguradora la única responsable (entre otras, SSTS núm. 106/2019, de 19 de febrero, núm. 81/2019, de 7 de febrero, núm. 53/2019, de 24 de enero y núm. 323/2018, de 30 de mayo); según señala la STS núm. 562/2018, de 10 de octubre, la aseguradora «no puede descargar sobre el asegurado las consecuencias de su propia desatención en la redacción o contenido del cuestionario, pues de ser así se estarían ampliando los conceptos legales de «dolo o culpa grave» hasta comprender, en perjuicio del asegurado, la negligencia no grave o la simple falta de previsión sobre las consecuencias futuras de sus hábitos».

*III) Que el riesgo declarado sea distinto del real*

Pero esa discordancia debe ser relevante de modo que las circunstancias en las que se basó la valoración del riesgo hubieran sido determinantes para la aceptación por el asegurador de la celebración del seguro y hubieran influido en las condiciones de ese seguro.

*IV) Que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración*

*V) Que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento*

Lógicamente si se determina que el asegurador que conociera la declaración inexacta del tomador del seguro después de la firma del contrato, pero no insta su resolución en el plazo legal, no puede liberarse de la obligación de pago de la indemnización pues se entiende que ha considerado irrelevante esa declaración inexacta, no puede admitirse esa exoneración si ese conocimiento de la inexactitud u omisión del tomador tiene lugar antes de la propia firma del contrato al presentar el cuestionario.

*VI) Que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto*

Más específicamente, debe tenerse en cuenta que, dado que fundamentalmente los conflictos en esta materia surgen por el hecho de que tras producirse el siniestro la aseguradora se niega a pagar por entender que se ocultó una circunstancia o antecedente relevante, esa circunstancia omitida debe ser causa directa de la producción del siniestro, pues de lo contrario la pretensión de la aseguradora de cara a eludir su responsabilidad sería radicalmente injusta. Especial relevancia tendría esta cuestión en el ámbito de los seguros de vida en los que el riesgo cubierto es el fallecimiento y las causas del mismo son múltiples: pensemos, por ejemplo, que en un seguro de vida en el que no se informó en el momento de su suscripción de unas dolencias renales pero el fallecimiento se produjo por un tumor cerebral; al margen de la posibilidad de que en el cuestionario no se preguntara específicamente por esas dolencias renales, lo cierto es que la omisión de tal circunstancia en relación con un riesgo como es el fallecimiento, que puede ser resultado de múltiples causas, no puede decirse que impidiera a la aseguradora la delimitación del riesgo en relación con la circunstancia finalmente causante del fallecimiento (tumor cerebral). Cabe afirmar, en definitiva, que debe existir una relación de causalidad entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto y materializado en el siniestro.

Respecto de estos requisitos se advierte en la STS núm. 53/2019, de 24 de enero, que también deben concurrir en el supuesto del artículo 11 LCS, es decir, cuando el tomador deba comunicar al asegurador, durante el curso del contrato, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Ahora bien, en el marco de este artículo 11 LCS cabe advertir que existe una especialidad en relación con los contratos de seguro de personas: tal y como se señala en el

apartado 2 de este artículo 11 LCS, «en los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo»; ciertamente sería un contrasentido.

#### IV. CONCLUSIONES

I. En caso de duda, oscuridad o confusión en su redacción, la cláusula delimitadora será interpretada a favor del asegurado adherente.

II. En cuanto a la transparencia contractual, el asegurador deberá proporcionar información suficiente sobre el objeto y el concreto riesgo cubierto por el seguro, lo que exige prestar información clara, oportuna y suficiente en relación con las cláusulas delimitadoras del riesgo cubierto y las de exclusión de cobertura, así como respecto a las limitativas de derechos del asegurado.

III. El deber de información o de declaración exigible al tomador del seguro es un deber de respuesta al cuestionario al que le somete precontractualmente la aseguradora (normalmente a través de agentes mediadores o corredores), en los propios términos específicos de ese cuestionario.

No se puede calificarse de omisión (ni dolosa ni culposa ni de ningún tipo responsable) por el tomador de un dato cuando no hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara, expresa y específica.

No se puede exigir al tomador informar sobre algo que no se le ha preguntado.

IV. Dada su profesionalidad, a la compañía de seguros le es exigible un plus de diligencia, específicamente materializada en un cuestionario en el que se precise muy claramente la información que considera relevante para la delimitación del riesgo que va a cubrir.

Es la compañía aseguradora la responsable (por sí o por la actuación de sus empleados o agentes mediadores o corredores) de la falta de cuestionario o de la presentación de un cuestionario incompleto, inexacto, impreciso o genérico, de modo que ante tales circunstancias no puede eludir el cumplimiento de la prestación debida tras la producción del siniestro.

Es a la aseguradora como profesional a quien le incumbe la oportuna delimitación de la cobertura; y su actuación negligente, incompleta o imprecisa (así como la de sus agentes mediadores o corredores) no puede provocar el traslado de efectos negativos para el tomador y el asegurado en cuanto al cumplimiento de la prestación debida tras la producción del siniestro asegurado.

V. Si la aseguradora conociera la declaración inexacta del tomador del seguro después de la firma del contrato, pero no insta su resolución en el plazo legal, se entiende que ha considerado irrelevante la declaración inexacta y, por lo tanto, si se produjera el siniestro, no puede liberarse de la obligación de pago de la indemnización alegando dolo o culpa grave del tomador del seguro al realizar la declaración de salud.

VI. En todo caso, la circunstancia omitida por el tomador debe ser causa directa y principal de la producción del siniestro finalmente acaecido para que pueda admitirse una reducción o exclusión de la responsabilidad de la aseguradora *ex* artículo 10 LCS en el pago de la prestación debida por la producción del siniestro asegurado.

## V. ÍNDICE DE RESOLUCIONES

- STS núm. 704/2006, de 7 de julio.
- STS núm. 853/2006, de 11 de septiembre.
- STS núm. 1050/2007, de 17 de octubre.
- STS núm. 516/2009, de 15 de julio.
- STS núm. 738/2009, de 12 de noviembre.
- STS núm. 601/2010, de 1 de octubre.
- STS núm. 598/2011, de 20 de julio.
- STS núm. 895/2011, de 30 de noviembre.
- STS núm. 82/2012, de 5 de marzo.
- STS núm. 157/2016, de 16 de marzo.
- STS núm. 273/2016, de 22 de abril.
- STS núm. 498/2016, de 19 de julio.
- STS núm. 541/2016, de 14 de septiembre.
- STS núm. 222/2017, de 5 de abril.
- STS núm. 590/2017, de 7 de noviembre.
- STS núm. 323/2018, de 30 de mayo.
- STS núm. 562/2018, de 10 de octubre.
- STS núm. 53/2019, de 24 de enero.
- STS núm. 81/2019, de 7 de febrero.
- STS núm. 106/2019, de 19 de febrero.

## NOTAS

<sup>1</sup> En un contrato de seguro el uso de las cláusulas limitativas de derechos tiene como fin restringir, condicionar o modificar el derecho del asegurado y, con ello, su indemnización cuando el siniestro se hubiera producido (*vid.* SSTs núm. 590/2017, de 7 de noviembre, núm. 498/2016, de 19 de julio, y núm. 273/2016, de 22 de abril, entre otras). Esta limitación de derechos tiene lugar en relación a un riesgo y objeto de seguro ya delimitado: de ahí la diferenciación entre cláusulas delimitadoras de riesgos y cláusulas limitativas de derechos. Con las cláusulas limitativas de derechos se viene a alterar el marco contractual general acordado entre las partes en relación con el objeto de cobertura. Las limitaciones o restricciones previstas en el condicionado general del contrato de seguro, pero también en el condicionado particular, están sujetas a un control y a un régimen especial diferente al de las cláusulas delimitadoras (*vid.* art. 3 LCS).

<sup>2</sup> El artículo 3 LCS concreta en el ámbito del seguro las exigencias de transparencia de las condiciones generales de contratación en relación a sus requisitos formales de incorporación al contrato: «Las condiciones generales, que en ningún caso podrán tener carácter lesivo para los asegurados, habrán de incluirse por el asegurador en la proposición de seguro si la hubiere y necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo. Las condiciones generales y particulares se redactarán de forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, que deberán ser específicamente aceptadas por escrito». De este precepto se deriva que las cláusulas limitativas de derechos del asegurado se admiten en nuestro ordenamiento siempre y cuando se cumplan estas dos condiciones: a) Que se identifiquen en el contrato de forma destacada en relación al resto de cláusulas (como por ejemplo, el uso de tipografía diferente como letra en negrita, o poner estas cláusulas en un apartado separado y diferenciado del resto de cláusulas). b) Que sean específicamente aceptadas por escrito por el asegurado. A este respecto, no es suficiente con la firma de la póliza con la consecuente aceptación del clausulado contenido en ella

sino que se requiere lo que viene denominándose una doble firma o doble aceptación: la firma y aceptación del contrato con su contenido general; y la firma y aceptación expresa de las cláusulas limitativas de derechos. Estas exigencias formales se prevén como requisitos de admisibilidad de este tipo de cláusulas con el fin de garantizar que el asegurado tenga pleno conocimiento de las mismas y de su alcance efectivo en el contrato. Pero debe tenerse en cuenta lo previsto en el artículo 7 LCS: «Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador del seguro, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado». De modo que si las personas del tomador y del asegurado son distintas, el principio de transparencia determina que las obligaciones del asegurador a ese respecto deben configurarse teniendo en cuenta la posición de tomador y asegurado en el contrato; y ello implica que las especiales exigencias formales del artículo 3 LCS deben interpretarse en consonancia con ese principio de transparencia contractual. Y en tal sentido debe tenerse en cuenta en este ámbito el diferente tratamiento de los seguros colectivos y los seguros individuales ante las cláusulas limitativas de derechos, su incorporación al contrato y su aceptación por el asegurado. Sobre ello se pronunció el Tribunal Supremo en su sentencia núm. 541/2016, de 14 de septiembre, con referencia a las SSTs de 18 de octubre de 2007 y de 25 de noviembre de 2013, entre otras.