



ILUSTRE COLEGIO PROVINCIAL DE  
ABOGADOS DE A CORUÑA

# **LA INCIDENCIA DE LAS PATOLOGÍAS PREVIAS NO DECLARADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA**

*A INCIDENCIA DAS PATOLOXÍAS PREVIAS NON DECLARADAS NO CONTRATO  
DE SEGURO DE VIDA*

*THE INCIDENCE OF PREVIOUS PATHOLOGIES NOT DECLARED IN THE LIFE  
INSURANCE CONTRACT*

Autora: María Alcina Fernandes Rodríguez

Tutor: José Manuel Busto Lago

**Trabajo de Fin de Máster Universitario de Acceso a la Abogacía**

Curso 2021 – 2022



**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**OBJETIVO:** Este trabajo de fin de Máster tiene como finalidad principal el conocimiento global del contrato de seguro de vida a través de la exposición conceptual de sus elementos teóricos, sus principales rasgos característicos y las cuestiones jurídicas más relevantes que, por su problemática aplicabilidad han derivado en una amplia actividad jurisdiccional al respecto. Con ello, se pretende conocer, desde la perspectiva teórica y práctica, los elementos y consecuencias de la contratación de esta modalidad de seguro de personas y, en particular, la relevancia de la declaración de riesgo en el momento de su contratación.

**PALABRAS CLAVE:** contrato de seguro, seguro de vida, declaración de riesgo, asegurado, tomador, aseguradora, prima, siniestro, prestación.

**OBXECTIVO:** Este traballo de fin de mestrado ten como finalidade principal o coñecemento global do contrato de seguro de vida a través da exposición conceptual dos seus elementos teóricos, dos seus principais trazos característicos e das cuestións xurídicas máis relevantes que, pola súa problemática aplicabilidade, deron lugar a unha ampla actividade xurisdiccional a este respecto. Con isto, preténdese coñecer, dende unha perspectiva teórica e práctica, os elementos e consecuencias da contratación deste tipo de seguros persoais e, en particular, a relevancia da declaración de risco no momento da súa contratación.

**PALABRAS CHAVE:** contrato de seguro, seguro de vida, declaración de risco, asegurado, tomador, aseguradora, prima, sinistro, prestación.

**OBJECTIVE:** This Master's thesis has as its main purpose the global knowledge of the life insurance contract through the conceptual exposition of its theoretical elements, its main characteristic features and the most relevant legal issues that, due to their problematic applicability, have led to a extensive judicial activity in this regard. With this, it is intended to know, from a theoretical and practical perspective, the elements and consequences of contracting this type of personal insurance and, in particular, the relevance of the declaration of risk at the time of contracting it.

**KEYWORDS:** insurance contract, life insurance, risk statement, insured, taker, insurance carrier, premium, sinister, benefit.

## ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. CONCEPTOS CLAVE.....	7
1. El contrato de seguro .....	7
2. Entidad aseguradora y distribuidores de seguros: tratamiento de las obligaciones y responsabilidades .....	8
3. Tomador.....	9
4. Asegurado .....	10
5. Beneficiarios del seguro de vida, su designación .....	10
6. Capital asegurado .....	11
III. REGULACIÓN EN LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y LAS REFORMAS LLEVADAS A CABO EN RELACIÓN CON LA DECLARACIÓN DE RIESGOS.....	13
IV. DEBERES Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA .....	16
1. En particular, la declaración de riesgo .....	16
2. Las obligaciones del tomador: <i>¿inexistencia de declaraciones sobre las circunstancias acerca de las que no se ha preguntado?</i> .....	18
3. La responsabilidad de la entidad aseguradora en la redacción y formulación de los cuestionarios de salud .....	21
A. Los cuestionarios y declaraciones de salud.....	21
B. Los exámenes médicos previos a la contratación .....	24
4. Las prohibiciones de discriminación en los contratos de seguro y las patologías previas .....	25
5. La cuestionada validez de las pruebas genéticas en los seguros de vida .....	27
6. La inexistencia de declaraciones o comunicaciones sobre la agravación de riesgo durante la vigencia del contrato de seguro de vida .....	31
V. LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE LAS PATOLOGÍAS PREVIAS NO DECLARADAS Y EL DERECHO A LA PRESTACIÓN.....	34
VI. CONCLUSIONES .....	39

<b>VII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>43</b>
<b>APÉNDICE I. JURISPRUDENCIA CONSULTADA.....</b>	<b>46</b>
<b>APÉNDICE II. NORMATIVA CONSULTADA.....</b>	<b>47</b>

## ABREVIATURAS

AP	Audiencia Provincial
Art.	artículo
BOE	Boletín Oficial del Estado
CC	Código Civil
C. Com.	Código de Comercio
CE	Constitución Española
Coord.	Coordinador/a
DA	Disposición adicional
DAU	Disposición adicional única
DGSFP	Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Dirs.	Directores
DPEJ	Diccionario Panhispánico del Español Jurídico
Ed.	Editorial
Et al.	y otros
Ibid.	Ibidem (igual que la referencia anterior)
LCS	Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
LGDCU	Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios
LO	Ley Orgánica
LOSSEAR	Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras
No. Núm.	número
Op. Cit.	<i>Opus citatum</i> (obra ya citada)
Pág.	página/s
RAE	Real Academia Española
RDL	Real Decreto Ley
Ref.	referencia
ss.	siguientes
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
UE	Unión Europea
VIH/SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## I. INTRODUCCIÓN

La evolución y mejoría en las condiciones de supervivencia han propiciado una mayor longevidad del ser humano, lo que ha conllevado en las últimas décadas a un auge del mercado asegurador en relación con el ramo de la salud, siendo de lo más habitual la contratación de un seguro de vida y pudiendo incluso afirmar que una parte importante de la población adulta española tiene, o tendrá en el futuro, algún seguro de este tipo a lo largo de su existencia. Sin embargo, la cotidiana y normalizada acción de contratación de un seguro de vida que, a priori, puede parecer baladí y sin gran trascendencia, ha suscitado en la práctica alguna que otra problemática con importancia jurídico social.

Por consiguiente, el objetivo del presente *Trabajo de Fin de Máster* es precisamente conocer de una manera sistemática esta tipología contractual, así como las distintas problemáticas que se han ido produciendo al respecto. Para ello, se comenzará definiendo conceptualmente los elementos esenciales del contrato de seguro de vida, que servirá como base y contextualización previa para comprender el resto del trabajo, seguidamente, se desarrollará un aspecto fundamental de estos seguros, que es la declaración de riesgos, la cual se encuentra presente no sólo en el momento inicial del contrato sino a lo largo de toda su vigencia y de la cual dependerá en gran medida la obligación de pago de la prestación a cargo de la aseguradora en caso de producción del siniestro<sup>1</sup>.

A continuación, se tratarán los deberes y obligaciones de las partes interesadas tanto en relación a la citada declaración de riesgos, como a prácticas frecuentes de las aseguradoras en cuanto a la formulación y redacción de los cuestionarios de salud, discriminaciones por patologías previas o incluso utilización de pruebas genéticas para su contratación, que han propiciado una amplia jurisprudencia en nuestros Juzgados y Tribunales, para, por último, ver la incidencia que todo ello tiene en relación con el cobro de la prestación en caso de siniestro.

De este modo, lo que se pretende conseguir es un conocimiento global de este tipo de contratos de seguro por su alto interés tanto social como jurídico, a efectos de comprender sus elementos delimitadores y las posibles consecuencias de una contratación inadecuada que puede conllevar, incluso, a la ineficacia de este.

---

<sup>1</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L., (2006), «Sobre la relación causal entre la circunstancia omitida y el siniestro en los seguros de personas con especial referencia al de vida». *Revista de Derecho Mercantil*. Núm. 261/2006, pág. 1.

## II. CONCEPTOS CLAVE

Con carácter previo al tratamiento de las singularidades propias de los contratos de seguro de vida, es necesario hacer una breve referencia a los principales elementos que engloban la institución aseguradora, como base para comprender adecuadamente el contenido de este *Trabajo de Fin de Máster*.

A estos efectos, seguidamente trataré de definir los siguientes conceptos básicos: el contrato de seguro, la entidad aseguradora y los distribuidores de seguros, el tomador, el asegurado, los beneficiarios del seguro de vida y, por último, el capital asegurado.

### 1. El contrato de seguro

El contrato de seguro es una relación contractual de transferencia de determinados riesgos por parte de un asegurado a una entidad aseguradora, a cambio de la percepción de un precio (prima), en virtud del que, a través de las condiciones particulares y generales del mismo, se establecen tanto las normas que lo rigen, como los derechos y obligaciones de las partes intervinientes, produciéndose la mutualización del riesgo transferido y documentándose, en forma privada en un documento –en soporte documental o en un soporte duradero *ex DA* 1ª de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, *de Contrato de Seguro* (en adelante, LCS)- denominado *póliza* <sup>2</sup>.

Se trata de un tipo de contrato con unas marcadas características que, basado en la buena fe contractual (elemento con un gran peso en los contratos de seguro dado que puede conllevar incluso la ineficacia del mismo en base a los artículos 12, 19 y 31 de la LCS) es de naturaleza aleatoria, pues la producción del siniestro asegurado es casual y fortuito, cubriéndose, en realidad, una probabilidad; consensual, es decir, que se perfecciona por la voluntad de las partes; bilateral y oneroso, puesto que, como trataremos en el epígrafe IV del presente trabajo, ambas partes contratantes tienen obligaciones y derechos tanto económicos como de otra índole y, por último, es un contrato de adhesión, por cuanto, generalmente, es la entidad aseguradora la que ofrece unas condiciones a las que el tomador se adhiere mediante la aceptación de la oferta<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> GUARDIOLA LOZANO, A., (2001), *Manual de introducción al seguro*, Ed. Mapfre, Madrid, pág. 17.

<sup>3</sup> GUARDIOLA LOZANO, A., (2001), *Manual de introducción al seguro. (...), op. cit.*, pág. 18.

En particular, el art. 1 de la LCS establece que “[e]l contrato de seguro es 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”.

Por su parte, en la especialidad de los contratos de seguro de vida y únicamente a modo enunciativo, pues sólo desarrollaremos uno de ellos, se clasifican, según el párrafo segundo del art. 83 de la LCS, en (1) seguro de vida para caso de supervivencia, (2) seguro de vida para caso de muerte y (3) seguro mixto. Además, en la práctica aseguradora, cuando los seguros de vida son las principales coberturas, se suelen contratar otras complementarias, como pueden ser, por ejemplo, los distintos tipos de incapacidades<sup>4</sup>.

## **2. Entidad aseguradora y distribuidores de seguros: tratamiento de las obligaciones y responsabilidades**

El concepto de entidad aseguradora viene definido en el art. 6 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, *de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras* (en adelante, LOSSEAR), que establece textualmente que es aquella “entidad autorizada para realizar, conforme a lo dispuesto por esta Ley o por la legislación de otro Estado miembro, actividades de seguro directo de vida o de seguro directo distinto del seguro de vida”.

Por otro lado, el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, *de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales* (en adelante, RDL 3/2020) en su art. 134 dispone que son distribuidores de seguros las propias entidades aseguradoras, los mediadores de seguros y los mediadores de seguros complementarios, que, a su vez, se pueden clasificar en agentes y corredores de seguros (art. 135 RDL 3/2020).

En consecuencia, podemos decir que mientras la entidad aseguradora es aquella que, según VEIGA COPO diseña y crea el producto de seguro, configura su esencia, su alcance y

---

<sup>4</sup> TAPIA HERMIDA, A. J. (2018), *Guía del contrato de seguro*, Ed. Aranzadi, Cizur Menor, pág. 158.



el núcleo mínimo de cobertura<sup>5</sup>, los distribuidores de seguros, como su propio nombre indica, son aquellos que se encargan de venderlos y, por consiguiente, distribuirlos, a través de los mediadores de seguros<sup>6</sup>. Sin embargo, tal y como acabamos de mencionar, el RDL 3/2020 incluye, dentro del concepto de distribuidor de seguros, a las entidades aseguradoras, estableciendo así una clara intencionalidad en cuanto a la capacidad de estas últimas de realizar actividades de distribución de seguros, pudiendo así vender sus propios productos, bajo la supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En cuanto a las obligaciones de los distribuidores de seguros, tipificadas en la Sección 6ª del RDL 3/2020 referente a las “*obligaciones de información y normas de conducta*” (arts. 172 y ss.) debemos destacar que, actuando bajo “*honestidad, equidad y profesionalidad en beneficio de los intereses de sus clientes*” (art. 172 RDL 3/2020), alcanza una especial relevancia el deber de información que tienen los mediadores de seguros y entidades aseguradoras tanto en el momento previo a la celebración de los posibles contratos de seguro, como una vez ya celebrados o incluso, en caso de posteriores prórrogas o modificaciones (art. 173 y 174 RDL 3/2020).

### **3. Tomador**

Puede definirse como aquella persona, ya sea física o jurídica, que contrata un seguro para la cobertura de un riesgo asegurable a cambio del pago de una prima, y cuya formalización conlleva el cumplimiento de derechos y obligaciones para las partes intervinientes<sup>7</sup>.

La prima que debe abonar el tomador a la entidad aseguradora es, según VÁZQUEZ CUETO “*el precio del seguro, la prestación dineraria que debe entregar el tomador a cambio de la cobertura del riesgo delimitado en el contrato que ofrece el asegurador*”<sup>8</sup> y cuyo incumplimiento de pago deriva en las consecuencias descritas en el art. 15 de la LCS que, brevemente, viene a regular las distintas consecuencias en función de la prima que resulte

---

<sup>5</sup> VEIGA COPO, A. B. (2019), «Clases de distribuidores de seguros»; en: BATALLER GRAU, J. y QUINTÁNS-EIRAS, M<sup>a</sup> R, dirs. *La distribución de los seguros privados*, Ed. Marcial Pons, Madrid, págs.114-115.

<sup>6</sup> Los mediadores de seguros son los intermediarios entre el tomador y el asegurador, encargados de ofrecer un asesoramiento adecuado para que la venta de contrato de seguro se produzca satisfactoriamente y que, a su vez, pueden clasificarse en agentes y corredores de seguros.

<sup>7</sup> CAMPUZANO, A. B. y MOLINA HERNÁNDEZ, C., (2021) «El contrato de seguro», En: BERMÚDEZ, C., et al., coord. *El mercado asegurador. Reglas de ordenación y contratación*, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, pág. 244.

<sup>8</sup> VÁZQUEZ CUETO, J. C., (2007). «Consideraciones generales sobre la prima del contrato de seguro». En: VÁZQUEZ CUETO, J. C. *La obligación de pago de la prima en la ley de contrato de seguro*. Ed. Tirant lo Blanch, Valencia, pág. 19.

impagada, puesto que, si el incumplimiento imputable al tomador es en relación a la primera prima (o única), el asegurador puede, o bien exigir su pago o, por el contrario, resolver el contrato; además, añade que “*si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación*”; mientras que, si la prima impagada es posterior, la cobertura asegurada queda temporalmente suspendida, a la espera del pago de la prima o primas pendientes o, en su defecto, de la extinción del contrato.

Por otro lado, cabe destacar que, aunque lo habitual es que el tomador contrate el seguro por cuenta propia, es decir, sobre sí mismo o, en nuestro caso, sobre su propia vida, siendo él además del contratante, el propio asegurado o, lo que es lo mismo, el titular del interés asegurable; puede también hacerlo por cuenta ajena, asegurando la vida de un tercero y desglosándose, por tanto, las figuras de tomador y asegurado en personas distintas<sup>9</sup>.

#### **4. Asegurado**

A colación de lo anterior, asegurado es el titular de un interés o riesgo asegurable, esto es, el propietario de los bienes asegurados<sup>10</sup> que, en lo que aquí respecta, es la persona cuya vida se garantiza<sup>11</sup> y que su fallecimiento o supervivencia, según el tipo de seguro de vida del que se trate, es motivo de pago del capital asegurado (prestación por fallecimiento) por parte de la entidad aseguradora<sup>12</sup> a los beneficiarios.

#### **5. Beneficiarios del seguro de vida, su designación**

En cuanto a los beneficiarios de un seguro de vida, son aquellos que, a través de su designación expresa o genérica por parte del tomador, cobrarán el capital asegurado en caso de producirse el siniestro estipulado en la póliza, esto es, la muerte del asegurado<sup>13</sup>. También es necesario tener en cuenta que, para el supuesto de que tomador y asegurado sean personas

---

<sup>9</sup> CAMPUZANO, A. B. y MOLINA HERNÁNDEZ, C., (2021). «El contrato de seguro». (...) *op. cit.*, pág. 244.

<sup>10</sup> CAMPUZANO, A. B. y MOLINA HERNÁNDEZ, C., (2021). «El contrato de seguro». (...) *op. cit.*, pág. p. 245.

<sup>11</sup> El art. 83 de la LCS prohíbe expresamente en su último párrafo la contratación de seguros de vida de menores de catorce años y sobre incapacitados.

<sup>12</sup> GUARDIOLA LOZANO, A., (2001). *Manual de introducción al seguro*, (...) *op. cit.*, pág. 38.

<sup>13</sup> CALLEJA RODRÍGUEZ, C., (2006). Notas de derecho sucesorio sobre el seguro de vida para caso de muerte. *Revista de Derecho Privado* (en línea). no. 13-14, pág.29 (consulta: noviembre de 2021). Disponible en: [Notas de derecho sucesorio sobre el seguro de vida para caso de muerte | Callejo Rodríguez | Revista de Derecho Privado. Nueva Serie \(unam.mx\)](#).

distintas, la designación de beneficiarios hecha por este último, carece, en principio, de validez<sup>14</sup>.

Según lo previsto en el art. 84 de la LCS, el acto de designación se realiza, como acabamos de mencionar, por el tomador, sin consentimiento del asegurador<sup>15</sup>, pudiendo modificar la designación realizada cuando lo estime oportuno e, incluso, establecer una diferente en el propio testamento. En el caso de designaciones expresas (también llamadas nominales) se identifica perfectamente a los beneficiarios que, en caso de tratarse de personas físicas, se indica su nombre y apellidos o relación con el asegurado y, en caso de ser personas jurídicas, su denominación social<sup>16</sup>. Por otro lado, según el Diccionario Panhispánico del Español Jurídico (DPEJ) las designaciones genéricas se determinan “*por algún tipo de vínculo familiar o de otra clase, como cuando se designa al cónyuge, a los hijos o a los herederos del asegurado*”<sup>17</sup>. Además, en la práctica aseguradora, también es habitual que, si el tomador no realiza designación alguna, se estipule una designación estándar de beneficiarios en el condicionado de la póliza, que suele tener el siguiente orden de prelación preferente y excluyente: 1. Cónyuge no separado legalmente. 2. Hijos y descendientes. 3. Padres y ascendientes. 4. Otros herederos legales<sup>18</sup>. De estas designaciones la que genera más problemas interpretativos es la referencia a los «*herederos legales*», que no deben ser confundidos con los llamados herederos forzosos o legitimarios y para cuya determinación ha de estarse a la ley aplicable a la sucesión del causante y asegurado.

## 6. Capital asegurado

El capital asegurado (también denominado suma asegurada) viene definido en el art. 27 de la LCS como “*el límite máximo de la indemnización a pagar por el asegurador en cada siniestro*”. Es decir, es el tope de la prestación económica que debe abonar la entidad

---

<sup>14</sup> El art. 87 de la LCS establece la excepción: “*El tomador del seguro puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación*”.

<sup>15</sup> Ni tampoco de los beneficiarios designados, pudiéndose dar el caso de que desconozcan su posición como beneficiarios de un seguro de vida. Un recurso en estos supuestos es la solicitud del Certificado de Contratos de Seguro de cobertura de fallecimiento que expide el correspondiente Registro dependiente del Ministerio de Justicia.

<sup>16</sup> CALLEJA RODRÍGUEZ, C., (2006). Notas de derecho sucesorio sobre el seguro de vida para caso de muerte. *Revista de Derecho Privado* (en línea). no. 13-14, *op. cit.*, pág.32 (consulta: noviembre de 2021).

<sup>17</sup> Disponible en: *Definición de designación genérica del beneficiario en el seguro de vida - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE* (30/11/2020).

<sup>18</sup> CALLEJA RODRÍGUEZ, C., (2006). Notas de derecho sucesorio sobre el seguro de vida para caso de muerte. *Revista de Derecho Privado* (en línea). no. 13-14, *op. cit.*, pág. 31.

aseguradora a los beneficiarios del seguro de vida y que constituye su principal obligación<sup>19</sup> en caso de producirse la muerte o supervivencia del asegurado según el tipo de seguro de vida contratado.

Hay que tener en cuenta que la comunicación del siniestro debe realizarse en un plazo máximo de una semana tras haber tenido conocimiento del mismo, salvo pacto en contrario en el contrato de seguro (art. 16 LCS) y que el abono de la prestación no es con carácter inmediato una vez comunicado el mismo a la entidad aseguradora, sino que se supedita, según el último párrafo del art. 16 de la LCS a que este reciba *“toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro”* pudiendo incluso perder el derecho a la prestación si concurre dolo o culpa grave, si bien, el art. 18 de la LCS establece una limitación temporal de pago, pues dice que *“el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas”*.

Dicho lo cual, el retraso o mora por parte de la entidad aseguradora en abonar la prestación económica, se sanciona a través de un sistema de intereses regulados en el art. 20 de la LCS que derivarán en una indemnización por daños y perjuicios a los beneficiarios y que es modulable según las reglas descritas en el mismo. A modo de ejemplo, podemos destacar la regla 4ª referente al interés anual mínimo del 20% transcurridos dos años desde la producción del siniestro sin abono de la prestación por parte de la aseguradora a los beneficiarios.

---

<sup>19</sup> TAPIA HERMIDA, A. J., (2018). *Guía del contrato de seguro, (...) op.cit*, pág. 82.

### III. REGULACIÓN EN LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO Y LAS REFORMAS LLEVADAS A CABO EN RELACIÓN CON LA DECLARACIÓN DE RIESGOS

Como ya he mencionado, la Ley de Contrato de Seguro es la norma más importante del ámbito asegurador español, en la cual se reserva, a los efectos que aquí interesan, la Sección segunda del Título III (“*Seguro de personas*”) al seguro sobre la vida, y cuyo art. 83 ofrece la siguiente definición: “*Por el seguro de vida el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o bien de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente*”.

Ahora bien, fuera de los artículos específicos que engloba la Sección segunda del Título III referentes a esta modalidad de seguro, deben tenerse en consideración otros preceptos de esta norma que influyen de forma decisiva y directa en los seguros de vida, como es el deber de declaración de riesgo tipificado en el art. 10 de la meritada Ley y que, por su ubicación, debe tenerse en cuenta de forma universal para todo tipo de seguros.

No obstante, antes de desenvolver la actual regulación de este deber del tomador (art. 10 LCS), es importante detenerse en la evolución histórico-legislativa del mismo, dada su importancia e incidencia a lo largo de los años en los contratos de seguro, y es que, podemos decir que la declaración de riesgos por parte del tomador tuvo su razón de ser en que era éste el único que podía aportar ciertos datos de su vida privada que sin duda influirían en la determinación y cuantificación del contrato de seguro. Así, su origen regulatorio se remonta al Código de Comercio de 1885 (en adelante, CCom), que establecía en su art. 381 la nulidad del contrato de seguro en general por las siguientes causas:

*«1.º Por mala fe probada de alguna de las partes al tiempo de celebrarse el contrato. 2.º Por la inexacta declaración del asegurado, aun hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos. 3.º Por la omisión u ocultación, por el asegurado, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato».*

Es decir, esta primera regulación imponía al tomador de un seguro, para la válida continuidad del mismo, la obligación o condición *sine qua non* de informar al asegurador de todas aquellas circunstancias que influyeran en la valoración de riesgos, recayendo así sobre él toda la responsabilidad de su vigencia y, sin duda, desamparándolo, por cuanto además, se

equiparaba la actuación de mala y buena fe, desvirtuando la razón de ser de ésta última, dado que la consecuencia era la misma para ambas, la nulidad del contrato y, por consiguiente, la evasión por completo por parte del asegurador del cumplimiento de sus obligaciones.

Esta forma de entender la declaración de riesgos empezó a cambiar desde el *Anteproyecto de la LCS* de 1969, que introducía por primera vez la figura del cuestionario<sup>20</sup>, hasta llegar a la actual LCS de 1980 que, tras la matización en 1990 del art. 10, terminó de cambiar la esencia del mismo, quedando redactado de la siguiente forma:

*“Artículo 10: El tomador del seguro tiene 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”.*

De su mera lectura, ya podemos observar diferencias palpables con la redacción original de este deber, y es que nuestra actual regulación redistribuye las responsabilidades en cuanto a la declaración de riesgos, asumiendo el asegurador (como parte eminentemente profesionalizada y que conoce la técnica aseguradora) la carga de proporcionar el correspondiente cuestionario cuyas preguntas deben estar adecuadamente redactadas para su fin<sup>21</sup> y reemplazando la obligación de información del tomador por, según ha venido

---

<sup>20</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L., (2018), *El deber de Declaración del Riesgo en el Seguro*, Ed. Aranzadi, Navarra, pág. 74.

<sup>21</sup> SÁNCHEZ CALERO, F., et al., (2005). *Ley de Contrato de Seguro, Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, Ed. Aranzadi, España, págs. 231 y 232.

configurando la jurisprudencia al respecto, un deber de contestación o respuesta a lo que se pregunta por el asegurador<sup>22</sup>, proporcionándole así un mayor amparo al liberarlo de aquella carga y relegando su cometido al de contestar única y exclusivamente a lo que se le pregunta a través del cuestionario de salud, si bien esto no significa, obviamente, que éste no responda a lo que se pregunta, omita datos o sea inexacto de manera mal intencionada, cuyas consecuencias desarrollaremos más adelante.

En la práctica, debemos situar la declaración de riesgos en la primera fase negocial, es decir, en la fase precontractual, gracias a la cual la entidad aseguradora valora si le interesa asumir dicho riesgo y en qué condiciones<sup>23</sup>, por cuanto se trata de, según RUBIO VICENTE “*disponer de todas las circunstancias que determinan y configuran su existencia, a fin de efectuar una correcta selección y valoración del mismo –del riesgo–*”<sup>24</sup> y que, por razones obvias, es información que sólo conoce la persona que suscribe el contrato de seguro, lo que implica necesariamente una relación de confianza entre las partes basada en la buena fe contractual, elemento delimitador del vínculo entre las mismas por cuanto, una vez evaluado el riesgo por el asegurador partiendo como punto de partida de las respuestas del tomador/asegurado en el cuestionario o declaración de riesgos y, asumiendo la viabilidad (o rentabilidad) de la relación contractual, le será planteada al tomador una oferta para que este, si está de acuerdo con las condiciones planteadas, la acepte.

---

<sup>22</sup> SÁNCHEZ CALERO, F., et al., (2005). *Ley de Contrato de Seguro, Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, op. cit., pág. 230.

<sup>23</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L., (2018), *El deber de Declaración del Riesgo en el Seguro*, op. cit., pág. 101.

<sup>24</sup> RUBIO VICENTE, P. J. (2003), *El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro*. Ed. Mapfre, Madrid, pág. 44.

#### **IV. DEBERES Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA**

Hasta ahora, se han abordado de manera general los elementos básicos de los contratos de seguro, aunque ya haciendo referencia a figuras que influyen de forma decisiva en los seguros de vida, pues bien, en adelante, se tratará de manera más detallada y práctica aspectos que por la problemática y casuística que su aplicabilidad diaria ha supuesto, han desarrollado una actividad jurisdiccional de interés al respecto.

Por ello, a continuación se tratará lo siguiente: la declaración de riesgos más enfocada en la práctica; las obligaciones del tomador y la inexistencia de declaraciones sobre las que no se ha preguntado; la responsabilidad de las entidades aseguradoras en la redacción y formulación de los cuestionarios de salud; las prohibiciones de discriminación en los contratos de seguro y las patologías previas; la cuestionada validez de las pruebas genéticas en los seguros de vida y, por último, la inexistencia de declaraciones o comunicaciones sobre la agravación de riesgo durante la vigencia del contrato de seguro de vida.

##### **1. En particular, la declaración de riesgo**

Como hemos visto, la declaración de riesgo tiene por objeto conocer por el asegurador, antes de la formalización del contrato, aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración de riesgos para evaluar si le interesa realizar el contrato de seguro de que se trate, y aunque si bien es cierto que no se tipifica la forma que debe revestir dicha declaración, lo más habitual es que se materialice a través de un documento llamado cuestionario de salud que, generalmente, no contiene más de doce o quince preguntas sobre el estado de salud del solicitante del seguro, pero *¿Quién es el solicitante del seguro?*, pues bien, antes de nada, debemos tener en cuenta que, aunque el ya citado *ut supra* art. 10 LCS comienza su redacción hablando específicamente del tomador, únicamente se debe hablar de tomador una vez el contrato se ha formalizado y no cuando todavía se está valorando por la entidad aseguradora la viabilidad del contrato, pues puede suceder que, tras realizar el trámite precontractual de declaración, la entidad aseguradora vea inasumible el riesgo y no quiera contratar dicho seguro, por ejemplo, por haber declarado el solicitante padecimientos previos o actuales que disparen la probabilidad de producción del siniestro o, también puede suceder que, aunque aceptada por la aseguradora la viabilidad del riesgo, sea a cambio de una prima altísima y que el que no la acepte, sea el hipotético futuro interesado. Ahora bien, la figura del solicitante descansa sobre



la del tomador, que como ya hemos visto, habitualmente contrata para asegurar su propia vida, pero también puede hacerlo para asegurar la de un tercero, convirtiéndose este último en asegurado. Así, aunque el art. 10 LCS hable de que el deber de declaración de riesgo pertenezca al tomador, puede suceder que en los casos en los que tomador y asegurado sean personas distintas, sea el asegurado el encargado de realizar la declaración de riesgo, por cuanto de manera lógica, conocerá mucho mejor que otra persona sus antecedentes de salud<sup>25</sup>.

Por otro lado, aunque el propio art. 10 LCS regula las consecuencias de la infracción de la declaración de riesgo, el art. 89 LCS hace referencia expresa a los incumplimientos en cuanto a los seguros de vida, tipificando que “[e]n 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”<sup>26</sup>.

Como vemos, ambos artículos van de la mano desde el momento en que el art. 89 LCS remite al art. 10 LCS para caso de inexactitudes o reticencias en la declaración del tomador que, como regla general, supondrá que el asegurador podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que se conoce dicha circunstancia. Es aquí donde entra en juego la figura del dolo, por su mención en los dos artículos y por cuanto sus consecuencias serán distintas si concurre o no, y es que, por dolo en el ámbito civil se entiende, según el art. 1269 CC, “cuando con palabras o maquinaciones insidiosas de parte de uno de los contratantes, es inducido el otro a celebrar un contrato que, sin ellas, no hubiera hecho”.

De esta forma, cuando concurra dolo o culpa grave a la hora de celebrar el contrato de seguro, las principales consecuencias reguladas en el art. 10 LCS son las siguientes:

1. Cuando concurra dolo por parte del tomador y para el caso de producirse el siniestro asegurado, el asegurador queda liberado del pago de la prestación.

---

<sup>25</sup> RUBIO VICENTE, P. J. (2003), *El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro*, op. cit., págs. 47 y 48.

<sup>26</sup> Este último párrafo del art. 89 LCS hace referencia a la conocida como *Cláusula de incontestabilidad o indisputabilidad* propia de los contratos de seguro de vida.

2. Si el que incurre en dolo o culpa grave es el asegurador en aquellos casos en los que haya rescindido el contrato mediante declaración dirigida al tomador por reserva o inexactitud, las primas pagadas por este último le serán reembolsadas.

Ahora bien, si no ha mediado dolo o culpa grave pero aun así se ha producido un siniestro en aquellos casos en los que haya existido inexactitud o reserva en las declaraciones de salud, y el asegurador no hubiere remitido todavía al tomador la declaración de rescisión del contrato, la prestación se reducirá proporcionalmente entre la prima establecida y la que se hubiere cobrado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

## **2. Las obligaciones del tomador: ¿inexistencia de declaraciones sobre las circunstancias acerca de las que no se ha preguntado?**

Además del pago de la prima, cuyas consecuencias de incumplimiento ya vimos cuando definíamos la figura del tomador, otra de sus grandes y elementales obligaciones es precisamente la declaración de riesgo que se realiza en la fase precontractual y que, como ha ido confirmado la amplia jurisprudencia al respecto, en la actualidad se configura como un deber de respuesta o contestación a lo que pregunta el asegurador mediante el cuestionario de salud<sup>27</sup>.

No obstante, existen dos posturas doctrinales sobre la configuración de este deber como un deber de mera respuesta a lo que se pregunta, por un lado, están aquellos que lo entienden desde una perspectiva amplia en el que el tomador debe declarar todas aquellas circunstancias que conozca y que a su juicio puedan influir en la evaluación del riesgo sin ser expresamente preguntado por ello y, por otro lado, están los que, de manera más literal y restrictiva, y amparándose precisamente en la modificación que sufrió el art. 10 LCS en el año 1990 con la introducción de la siguiente matización “*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*”, defienden que el deber del tomador (o asegurado, según los casos) se cumple con responder única y exclusivamente a lo que se pregunta<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> SÁNCHEZ CALERO, F., et al., (2005). *Ley de Contrato de Seguro, Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones, op. cit.*, pág. 230.

<sup>28</sup> BRENES CORTES, J. (2003), «Algunas cuestiones relevantes que sigue suscitando el deber precontractual de declaración de riesgo», *Diario La Ley*, núm. 5855 (Ref. La Ley Digital 1535/2003).

Pues bien, lo cierto es que a este respecto la jurisprudencia tiene una postura unánime, decantándose por la más literal y restrictiva para las aseguradoras, podemos citar, entre otras, la STS 611/2020, de 16 de noviembre<sup>29</sup> que dice lo siguiente: “*el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de no presentar o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro; y que lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro*”.

Sin embargo, no debemos confundir este deber de respuesta a lo que se pregunta por el asegurador con una desmesurada protección que ampare al tomador o asegurado -según los casos- a responder de manera tal que siempre favorezca a sus intereses y bajo cualquier circunstancia, puesto que una cosa es responder a las preguntas formuladas y no introducir datos relacionados con la salud del que responde por no serle requerido y entender que no es necesario, y otra muy distinta, es que concurriendo dolo o culpa grave, exista omisión de datos o circunstancias relevantes para la determinación del riesgo, en cuyo caso conllevaría “*la liberación indemnizatoria del asegurador siendo de su responsabilidad la carga de la prueba, tanto desde un punto de vista objetivo, la omisión afecta a un dato relevante para la aceptación del riesgo por el asegurador y, desde un punto de vista subjetivo, la voluntad intencional e inequívoca del asegurado de proceder a engaño*”<sup>30</sup>. Es decir, para que pueda apreciarse dolo del tomador o asegurado, debe coexistir:

- A) Un elemento objetivo y relación de causalidad, esto es, una patología actual o antecedente de salud que sea relevante y de interés para la determinación del riesgo.

---

<sup>29</sup> STS de 16 de noviembre de 2020 (Tol 8.217.365).

<sup>30</sup> MONFORTE, J. D. (2008), «Seguros de vida: declaración de riesgo ¿Dolo del tomador o desidia rentable del asegurador?», *Diario La Ley*, núm. 6908 (Ref. La Ley Digital 10170/2008).

B) Un elemento subjetivo de intencionalidad por parte del tomador (dolo), es decir, que sea consciente de que la circunstancia de salud que omita guarde relación con el riesgo asegurado y que exista la voluntad de ocultación.

En síntesis, tal y como establece la STS 2791/2019, de 22 de septiembre<sup>31</sup> que, con citade otros pronunciamientos pretéritos de la misma Sala<sup>32</sup>, señala que, para que pueda darse este incumplimiento doloso debe concurrir lo siguiente: “1) que se haya omitido o comunicado incorrectamente un dato relevante; 2) que dicho dato hubiera sido requerido por la aseguradora mediante el correspondiente cuestionario y de manera clara y expresa; 3) que el riesgo declarado sea distinto del real; 4) que el dato omitido o comunicado con inexactitud fuera conocido o debiera haber sido conocido con un mínimo de diligencia por el solicitante en el momento de realizar la declaración; 5) que el dato sea desconocido para la aseguradora en ese mismo momento; y 6) que exista una relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto”.

Por otra parte, es importante mencionar también que no todas las inexactitudes, concurra o no la figura del dolo, tienen el mismo grado de importancia y por consiguiente las mismas consecuencias, como ocurre con las inexactitudes en cuanto a la edad de los asegurados, dado que en estos supuestos el asegurador únicamente podrá impugnar el contrato si la edad del asegurado “excede de los límites de admisión” fijados por la aseguradora. Sin embargo, en supuestos de inexactitud en cuanto a la edad pero que no supere el margen establecido, la prestación se verá afectada proporcionalmente en función de si la prima fijada y abonada como consecuencia de la determinación de la edad es superior o inferior a la que debería pagarse atendiendo a su edad real, así pues, si la prima es menor a la que correspondería en realidad, la prestación se reducirá proporcionalmente a la prima pagada y, al contrario, si la prima pagada es superior a la que debiera corresponder, la aseguradora debe abonar el exceso de las mismas (art. 90 LCS).

Por último, y como estamos abordando las obligaciones del tomador, no debemos olvidarnos de la de comunicar la producción del siniestro dentro del plazo de una semana desde que se tiene conocimiento de la producción del mismo (salvo pacto en contrario en la póliza), lo que incluye, como es lógico, todas aquellas informaciones o datos sobre las circunstancias

---

<sup>31</sup> STS de 22 de septiembre de 2021 (Tol 8.600.150).

<sup>32</sup> En particular, cita los requisitos contemplados, con carácter previo, en las SSTS 562/2018, de 10 de octubre; 307/2004, de 21 de abril y 119/2004, de 19 de febrero.

del mismo (art. 16 LCS). Nuevamente en este artículo nos indica que sólo se producirá la pérdida del derecho a prestación en el caso de concurrir dolo o culpa grave.

### **3. La responsabilidad de la entidad aseguradora en la redacción y formulación de los cuestionarios de salud**

Las entidades aseguradoras tienen una parte importantísima de responsabilidad en la realización de los contratos de seguro, tanto en la fase precontractual que, como hemos visto, tiene un peso decisivo en la posterior vida, vigencia y ejecución o cumplimiento del contrato de seguro, como posteriormente en la formalización de este y, en caso de producirse el siniestro asegurado, en la gestión y tramitación de la prestación. Pero *¿hasta qué punto es significativa la redacción de los cuestionarios de salud? ¿Se pueden depurar responsabilidades a la entidad aseguradora por ello?* Son aspectos que tratamos a continuación, además de hacer referencia a la legitimidad que tienen las aseguradoras de los ramos de vida a realizar exámenes médicos previos a la contratación de los seguros.

#### **A. Los cuestionarios y declaraciones de salud**

En primer lugar, en cuanto a la forma que debe revestir el cuestionario o declaración de salud, nada se establece en la LCS, ni tampoco respecto a su ubicación dentro de la póliza. Sin embargo, aunque lo más habitual es que se realice por escrito, esto es, en formato documental, se pueden realizar también por teléfono, en cuyo caso y para garantía de ambas partes del contrato, se graba y posteriormente se transcribe para el pase a firma del tomador o asegurado (requisito imprescindible para que considere vinculante el contenido del mismo) e, incluso, puede realizarse on-line, a través de la red internet<sup>33</sup>.

En relación con la elaboración de los cuestionarios o declaraciones de salud que se presentará ante el solicitante del seguro, es una carga que le corresponde a las entidades aseguradoras, que son las encargadas de redactar de forma clara las preguntas que lo integran, las cuales deben intentar concretar las cuestiones de forma tal que se recojan las circunstancias verdaderamente relevantes, dirigiendo al solicitante en cuanto al contenido y límite de las mismas<sup>34</sup>. Sin embargo, tanto la redacción de los cuestionarios de salud como su

---

<sup>33</sup> VILLANUEVA, A. L., (2012), La omisión y la inexactitud en la declaración del riesgo para los seguros de vida y salud. *Revista TRÉBOL* (en línea). núm. 63, pág. 17 (consulta: diciembre de 2021). Disponible en: <https://app.mapfre.com/mapfrere/docs/html/revistas/trebol/n63/pdf/Artic.ulo2.pdf>

<sup>34</sup> RUBIO VICENTE, P. J. (2003), *El deber precontractual de declaración del riesgo*, op. cit., pág. 37.

cumplimentación han propiciado en la práctica aseguradora diaria múltiples problemas que han derivado en una amplia jurisprudencia al respecto.

Por un lado, en lo que se refiere a la redacción de las preguntas y a modo de ejemplo jurisprudencial, podemos citar, entre otras, las siguientes sentencias:

La STS 157/2016, de 16 de marzo<sup>35</sup>, contempla un supuesto de adhesión a una póliza de seguro colectivo en el que se presentaba al efecto una redacción estándar de declaración de salud en el que los tomadores declaraban (sin responder como tal, ni marcar a través de un encasillado afirmativa o negativamente) estar en buen estado de salud y no padecer enfermedades. El TS falló a favor del asegurado amparándose en que *“se infiere que la entidad aseguradora no cumplió previamente con su deber de someter al asegurado a la cumplimentación de un cuestionario de salud, propiamente dicho, sin posibilidad, por tanto, de que éste pudiera cumplir con su deber de responder a hechos o circunstancias que pudieran ser relevantes para la valoración del riesgo. Como se observa de la póliza suscrita, lejos de interesar alguna respuesta acerca de enfermedades relevantes del asegurado, (...), resulta claramente estereotipada acerca de la salud general que presenta el asegurado, sin individualizar o concretar preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura. (...) no puede considerarse que el asegurado, al no mencionar dicha enfermedad padecida, infringiera el deber de contestación o de respuesta que le impone el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro”*.

La ya citada STS 611/2020, de 16 de noviembre<sup>36</sup>, atendiendo a la abundante jurisprudencia pretérita<sup>37</sup> sobre el tema determina que *“lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro”*.

---

<sup>35</sup> STS de 16 de marzo de 2016 (ECLI ES:TS:2016:1208).

<sup>36</sup> STS de 16 de noviembre de 2020 (Tol 8.217.365).

<sup>37</sup> Entre otras, las STS 378/2020, de 30 de junio; 345/2020, de 23 de junio; 333/2020, de 22 de junio; 7/2020, de 8 de enero; 572/2019, de 4 de noviembre; 106/2019, de 19 de febrero; 81/2019, de 7 de febrero; 53/2019, de 24 de enero; 37/2019, de 21 de enero; 621/2018, de 8 de noviembre; 562/2018, de 10 de octubre; 563/2018, de 10 de octubre; 528/2018, de 26 de septiembre; 426/2018, de 4 de julio; 323/2018 de 30 de mayo; 273/2018, de 10 de mayo; 542/2017, de 4 de octubre; 222/2017, de 5 de abril; 726/2016, de 12 de diciembre; 157/2016, de 16 de marzo y 72/2016, de 17 de febrero.

En consecuencia, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo exige que las preguntas que se realizan o formulan en los cuestionarios de salud sean preguntas claras y precisas, encaminadas a obtener información concreta sobre antecedentes específicos, sin que puedan servir los cuestionarios demasiado generales y dudosos que puedan inducir a confusión al tomador ni que éste pueda identificar de forma clara a qué se refiere, tampoco aquellos que no le permitan responder de forma activa, aunque el mismo se encuentre firmado, salvo que, como vimos, se pruebe la mala fe o culpa grave del tomador o asegurado.

Por otro lado, la forma de cumplimentar el cuestionario también ha conllevado problemas prácticos, puesto que lo ideal sería que el propio solicitante leyese y rellenase las preguntas planteadas en el mismo, además de ser importante que conste la firma manuscrita del solicitante o, ya si se quiere, tomador del seguro, puesto que como es lógico, esto es significativo de que declara haber contestado a tal documento<sup>38</sup>. No obstante, continuamente se produce en la práctica la cumplimentación del cuestionario por el gestor o empleado que realiza la venta o contratación del seguro, en algunos casos, casi de forma automatizada sin que el solicitante intervenga, sino únicamente para su firma.

Pues bien, en estos casos, la ya citada STS 157/2016, de 16 de marzo<sup>39</sup>, expone que: *“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”*.

Ahora, de lo anterior se puede inferir que no todos los casos de cumplimentación por el gestor conllevan la invalidez de la declaración, pues si el personal que lo rellena lo hace reflejando fielmente las respuestas que le suministra el futuro tomador o asegurado, una vez formuladas claramente, no hay inconveniente alguno para tenerlo en cuenta<sup>40</sup>. Así se confirma, por ejemplo, en la STS 72/2016, de 17 de febrero<sup>41</sup>, cuando dice que: *“el tomador no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario fuera rellenado por el personal de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de aquella,*

---

<sup>38</sup> RUBIO VICENTE, P. J. (2003), *El deber precontractual de declaración del riesgo*, op. cit., págs. 58 y 59.

<sup>39</sup> STS de 16 de marzo de 2016 (ECLI ES:TS:2016:1208).

<sup>40</sup> BLÁZQUEZ MARTÍN, R. (2019), «Actualizaciones y novedades de la jurisprudencia del tribunal supremo sobre el contrato de seguro», *Diario La Ley*, núm. 9466 (Ref. La Ley Digital 8617/2019).

<sup>41</sup> STS de 17 de febrero de 2016 (RJ 2016\543).

*pues lo verdaderamente relevante es que, por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante”.*

Para concluir, en cuanto a la firma del cuestionario o declaración de salud, es un elemento esencial cuya ausencia determina la falta de validez del mismo, sin embargo, su simple estampa no es suficiente para determinar la aceptación de su contenido, por cuanto hay que valorar las circunstancias que rodean cada caso de manera individualizada<sup>42</sup>, puesto que, la mera intervención del tomador o asegurado para estampar su firma tras la cumplimentación automatizada de un cuestionario genérico por parte del empleado asegurador equivale a un incumplimiento contractual por parte de la aseguradora<sup>43</sup>.

## **B. Los exámenes médicos previos a la contratación**

Por la modalidad de seguro que estamos tratando, las entidades aseguradoras pueden utilizar medios adicionales para comprobar la veracidad de lo que se declara en el cuestionario de salud, nos estamos refiriendo a los exámenes o reconocimientos médicos realizados por un médico antes de la contratación, siendo incluso la negativa a su realización motivo de rechazo contractual<sup>44</sup>. No obstante, estamos ante reconocimientos que no siempre se realizan por las aseguradoras, sino que, según explica MUÑOZ PAREDES, se suelen establecer una serie de criterios para decidir si se exige dicho reconocimiento médico, de tal forma que suele ser obligatorio sólo si se supera una determinada edad y cuantía económica<sup>45</sup>.

Cosa distinta a lo anterior es el acceso a la Historia Clínica de los asegurados, algo que habitualmente se suele realizar en los seguros de vida para caso de muerte una vez se produce el siniestro, y tras controversia entre las partes contratantes, se debate si se debe pagar o no la prestación, pues el acceso por la aseguradora a tal documentación es prácticamente la única manera que tiene de determinar si los datos declarados eran acordes al estado de salud real del asegurado y, por tanto, si debe abonar tal prestación. Sin embargo, aunque pueda parecer que el acceso a estos datos privados del ámbito de la salud de las personas vulnera derechos tales como el derecho a la intimidad (art. 18 de la Constitución Española) o el derecho de

---

<sup>42</sup> A modo de ejemplo, en la práctica bancaria es habitual (a pesar de estar prohibido) que, para la concesión de préstamos hipotecarios, se imponga a los prestamistas la contratación de un seguro sin que éstos sean realmente parte activa en la contratación del mismo, siendo su única intervención la firma.

<sup>43</sup> MONFORTE, J. D. (2008), «Seguros de vida: declaración de riesgo ¿Dolo del tomador o desidia rentable del asegurador?», *op. cit.*, pág. 5.

<sup>44</sup> RUBIO VICENTE, P. J. (2003), *El deber precontractual de declaración del riesgo*, *op. cit.*, pág. 149.

<sup>45</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L., (2018), *El deber de declaración del riesgo en el seguro*, *op. cit.*, págs. 39 y 40.



confidencialidad de los profesionales sanitarios (art. 10. 3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad), autores como GRACIETA ROYO e IBARRA GARCÍA señalan que “desde el momento en que una persona decide contratar un seguro y en consecuencia asumir las obligaciones que implica la posición contractual de asegurado, ha levantado respecto de la aseguradora el secreto de su historial médico e implícitamente, a tenor de lo dispuesto en la LCS, ha otorgado su autorización para que los datos sobre su salud puedan ser comprobados por la compañía aseguradora”<sup>46</sup>.

#### **4. Las prohibiciones de discriminación en los contratos de seguro y las patologías previas**

Como podemos ver, en este tipo de contratos de seguro tienen un gran peso condicional tanto los antecedentes previos de salud del solicitante del seguro, como el estado de salud que presenta en el momento de la contratación. Ahora bien, dado que esto supuso casi de manera generalizada la discriminación de personas con determinadas enfermedades o padecimientos previos en cuanto al acceso al ámbito asegurador, se fueron implantando una serie de modificaciones legislativas para intentar asegurar el Principio de igualdad y de no discriminación en este entorno. Era el caso de personas con el *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* (SIDA o VIH) que se encontraban con rechazos por parte de las entidades aseguradoras, lo que en muchas ocasiones no sólo significaba la imposibilidad de contratar un seguro de salud, sino que, al ser una práctica bancaria habitual (que no legal) que para la concesión de un préstamo hipotecario se suscribiese un contrato de seguro de esta naturaleza, les vetaban el acceso a una hipoteca y, consecuentemente, el acceso a una vivienda<sup>47</sup>, lo que en toda regla suponía una grave discriminación.

De esta forma y para intentar paliar lo anterior, el 12 de junio de 2018 se publicó en el BOE la *Ley 4/2018, de 11 de junio, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre*, cuyo cuerpo normativo consta únicamente de un artículo y dos disposiciones finales y, a través de la cual se modifican dos textos normativos.

---

<sup>46</sup> GRACIETA ROYO, L. P., IBARRA GARCÍA, N. (2000), «La confidencialidad de la historia clínica: una aportación desde la perspectiva del contrato de seguro», *Diario La Ley*, Ref. D-98 (Ref. La Ley Digital 21199/2001).

<sup>47</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L., (2018), *El deber de Declaración del Riesgo en el Seguro*, *op. cit.*, pág. 66.

Por un lado, se modificó el *Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley modifica la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias*, añadiendo una Disposición adicional única que tipifica la nulidad de cláusulas discriminatorias, de tal forma que todas aquellas “*cláusulas, estipulaciones, condiciones o pactos que excluyan a una de las partes, por tener VIH/SIDA u otras condiciones de salud*” serán nulas, así como la renuncia por parte de la persona que padezca la enfermedad o condiciones de salud aludidas (DAU de la LGDCU), dando así esa ansiada protección no sólo a las personas con SIDA/VIH sino extendiéndola a otras condiciones de salud, esto es, a otras enfermedades, prohibiendo de manera generalizada la discriminación por razones de salud.

Y, por otro, se modifica la LCS añadiendo la Disposición adicional quinta sobre, nuevamente, la no discriminación por razón de VIH/SIDA u otras condiciones de salud, estableciendo textualmente lo siguiente: “*No se podrá discriminar a las personas que tengan VIH/SIDA u otras condiciones de salud. En particular, se prohíbe la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de tener VIH/SIDA u otras condiciones de salud, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente*”.

Pero además de proteger los derechos de las personas con enfermedades o padecimientos previos, hay otras modificaciones legislativas que tratan de salvaguardar la igualdad de personas con discapacidad, así, la *Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, añade a la LCS la Disposición adicional cuarta que prohíbe explícitamente discriminar a las personas con discapacidad en la contratación de seguros y, de forma particular, “*la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de discapacidad*”, estableciendo a continuación una excepción en aquellos supuestos de causas justificadas, proporcionadas y razonables.

Por último, pero no menos importante, y en cuanto a materia de género, también se tuvieron que adoptar medidas para garantizar la igualdad de hombres y mujeres en materia aseguradora, así, en enero del año 2012 se publicó en el Diario Oficial de la Unión Europea las

“Directrices sobre la aplicación de la Directiva 2004/113/ CE del Consejo a los seguros, a la luz de la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea en el asunto C-236/09 (Test-Achats)”<sup>48</sup> que disponía que el género no podrá dar lugar a diferencias en las primas o prestaciones en el ámbito de los seguros (art. 5 de la Directriz).

Por consiguiente, a través de todas estas actualizaciones normativas se pretende blindar los Principios de igualdad y no discriminación en el acceso al mercado asegurador de todas las personas, evitando discriminaciones por razón de enfermedades o padecimientos previos, discapacidad o género.

## 5. La cuestionada validez de las pruebas genéticas en los seguros de vida

La principal característica de las pruebas genéticas es precisamente su capacidad predictiva, debido a que proporcionan información sobre probables enfermedades futuras de la persona que se somete a ellas y de la cual todavía no se ha comenzado a manifestar sintomatología alguna, es decir, las pruebas o test genéticos pueden revelar la predisposición de una persona a padecer ciertas enfermedades<sup>49</sup>, ahora bien, esa capacidad predictiva de las pruebas genéticas, *¿podría ser utilizada por las aseguradoras para la determinación del riesgo o, incluso, utilizar sus resultados como motivo de exclusión?* Pues bien, para intentar contestar a esta pregunta es necesario ver, a grandes rasgos, las distintas posturas que se han adoptado al respecto.

En primer lugar, una de las posturas defendidas (sobre todo por las entidades aseguradoras) es la del acceso total y sin limitaciones a este tipo de recursos genéticos, dado que ello implicaría, según nos ilustra ROMEO CASABONA lo que se denomina como “*justicia actuarial*” y que supone, en base al Principio de equidad, un acceso justo al mercado asegurador, por cuanto las primas pagadas por los tomadores o aseguradores se ajustarán de manera más exhaustiva a su perfil de riesgo<sup>50</sup>.

Otra postura, ésta más moderada, es la del acceso de manera excepcional a las pruebas genéticas, estableciéndose como regla general la prohibición por parte de las aseguradoras de

---

<sup>48</sup> Se puede consultar aquí: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:011:0001:0011:ES:PDF>

<sup>49</sup> ROMEO CASABONA, C. M. (2012), «Implicaciones jurídicas de las pruebas genéticas y de otros datos de salud predictivos para los contratos de seguro», *II Congreso sobre las Nuevas Tecnologías y sus repercusiones en el seguro: Internet, Biotecnología y Nanotecnología*, SEAIDA, Madrid, págs.270 y 271.

<sup>50</sup> *Ibid.*, pág. 273.

recurrir a las mismas, sino únicamente cuando, por ejemplo, de manera anterior y voluntaria la susodicha persona se hubiese sometido a una prueba genética, o cuando concurra alguna circunstancia especial expresamente prevista en el condicionado de la póliza<sup>51</sup>.

Por último, otro enfoque y en antítesis a la primera de las posturas vistas, es la prohibición de las pruebas o test genéticos en relación al campo asegurador<sup>52</sup>, en base a la colisión con determinados derechos fundamentales, como el derecho a la igualdad consagrado en el art. 14 de la CE a colación del ya mencionado principio de no discriminación<sup>53</sup>, por cuanto es obvio el interés que tienen las aseguradoras del ramo de vida en conocer los mayores datos posibles respecto a la salud del asegurado, lo que implica que, en supuestos en los que el resultado de las pruebas genéticas hubiese arrojado la predisposición de una persona a sufrir ciertas enfermedades, repercutiría de forma directa en las circunstancias que rodean el concreto contrato de seguro del que se trate, influyendo, por ejemplo, en la prima a la que tendría que hacer frente el tomador/asegurado, que sería notablemente superior para ajustarse a una mayor probabilidad del riesgo, pero recordemos que las mencionadas pruebas genéticas no predicen el futuro, sino únicamente aportan ciertos datos sobre la predisposición de una persona a sufrir determinados padecimientos, lo que no implica necesariamente que los mismos se vayan a producir.

Pero no solamente se puede ver afectado el derecho a la igualdad, sino que, autores como MARTÍNEZ OTERO defienden que también se vulneran, entre otros, el derecho a la intimidad del art. 18 CE, puesto que se trata de información relevante que pertenece a la esfera privada de las personas y que únicamente puede realizarse mediando consentimiento<sup>54</sup>, y el derecho a la protección de datos que se puede inferir del art. 18. 4 CE<sup>55</sup> y que se desarrolla en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, la cual tiene una estrecha relación con el *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección*

---

<sup>51</sup> *Ibid.*, pág. 276.

<sup>52</sup> *Ibid.*, pág. 274.

<sup>53</sup> MARTÍNEZ OTERO, J. M. (2017), «La generalización de los test genéticos y su incidencia en los derechos fundamentales», *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, núm. Extra 29, pág. 243 (consulta: enero de 2022). Disponible en: [La generalización de los test genéticos y su incidencia en los derechos fundamentales - Dialnet \(udc.es\)](http://udc.es)

<sup>54</sup> *Ibid.*, pág. 246.

<sup>55</sup> *Ibid.*, pág. 249.

de datos), que, en su art. 9.1, establece la prohibición del tratamiento de datos genéticos dirigido a identificar de manera unívoca a una persona.

Con todo lo anterior, lo cierto es que no hay en nuestro país una regulación específica al respecto ni tampoco una jurisprudencia a la que seguir como base, sino que, por ahora, la única referencia legislativa en este sentido es la que se encuentra en el art. 9.3 de la *Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica*, que dispone lo siguiente:

*“Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica (...)”.*

Lo que es prácticamente idéntico a lo regulado en el art. 12 del *Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina)*, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, y en el que, como vemos, no se incluyen los fines de aseguramiento, por lo que cabe concluir que no se permiten en el sector asegurador.

Sin embargo, debate aparte y que se ha suscitado en relación a lo que estamos tratando es si las pruebas o test genéticos realizados de manera voluntaria y anterior a la contratación de un seguro de vida pueden dar lugar a una infracción del deber de declaración de riesgos del ya visto art. 10 LCS en relación al art. 89 LCS, pues bien, en este sentido cabe entender que si la aseguradora, en el cuestionario de salud que presenta al tomador o asegurado, pregunta sobre ello, éste debe declarar aquello que conozca y que, conforme al art. 10 LCS “*pueda influir en la valoración del riesgo*”, es decir, aunque las entidades aseguradoras no puedan realizar test genéticos como requisito para la contratación de un seguro de vida, sí pueden preguntar al solicitante del seguro sobre ello, por ejemplo, preguntando si tiene predisposición a sufrir ciertas enfermedades o, directamente, si se ha realizado alguna prueba genética, en cuyo caso, el solicitante deberá declarar dicha información dado que, si no lo hace, podría efectivamente tratarse como una infracción del deber de declaración, cual consecuencia más grave sería la negativa por parte de la aseguradora al pago de la prestación<sup>56</sup>.

---

<sup>56</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L. (2018), «La influencia de las pruebas genéticas voluntarias en un posterior contrato de seguro», *Almacén de Derecho*. (consulta: enero 2022). Disponible en: [La influencia de las pruebas genéticas voluntarias en un posterior contrato de seguro - Almacén de Derecho \(almacenederecho.org\)](https://almacenederecho.org)

En cuanto al panorama en el Derecho comparado, podemos hacer alusión a algunos países que tienen una normativa específica al respecto, siendo Bélgica el primero dentro de la Unión Europea que reguló esta materia y estableciendo la prohibición del traspaso de información genética a las entidades aseguradoras pero, al mismo tiempo, el deber u obligación del asegurado de declarar todas aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgos<sup>57</sup>.

En el Derecho portugués, a través de la *Ley 12/2005, de 26 de enero, de Información Genética Personal e Información de la Salud*<sup>58</sup>, tipifica que las compañías de seguros no podrán, ni pedir ni utilizar información genética alguna para la exclusión de un seguro de vida o fijación de primas más elevadas. Además, tampoco podrán utilizar la información obtenida de pruebas genéticas realizadas de manera anterior y voluntaria por los clientes (art. 12). Así, la Ley portuguesa prohíbe de forma taxativa la utilización de estos recursos sin ningún tipo de excepción<sup>59</sup>.

Por otro lado y también a modo de ejemplo, Austria sigue la línea anterior prohibitiva. En efecto, a través de su *Ley federal de Ingeniería Genética de 1994*<sup>60</sup> contempla también la prohibición de las entidades aseguradoras y sus empleados de exigir y/o recopilar la información resultante de test genéticos (art. 67).

Y, por último, Alemania, que como en los casos anteriores también dispone de una normativa específica sobre el tema, en este caso, la *Ley sobre pruebas genéticas en humanos (Ley de Diagnóstico Genético) del 2009*<sup>61</sup>, en la que se establece que las aseguradoras no podrán, ni antes ni después de la celebración del contrato de seguro, exigir la realización de pruebas genéticas ni la comunicación de los resultados de aquellas realizadas con anterioridad a la celebración del contrato. Sin embargo, en el caso alemán sí se establece una excepción para aquellos seguros de vida cuyo capital asegurado supere una determinada cuantía (art. 18).

---

<sup>57</sup> ROMEO CASABONA, C. M. (2012), «Implicaciones jurídicas de las pruebas genéticas y de otros datos de salud predictivos para los contratos de seguro», *op. cit.*, pág. 281.

<sup>58</sup> *Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, de Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde*. Se puede consultar aquí: [Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro \(pgdlisboa.pt\)](#)

<sup>59</sup> LIMA REGO, M., PEÑA LÓPEZ, F. (2018), «Regulación del contrato de seguro en Portugal y España: análisis comparado», *Cuadernos de la Cátedra*, Fundación INADE, Santiago de Compostela, pág. 75.

<sup>60</sup> En versión original, *Gentechnikgesetz*, la cual de puede consultar en el siguiente enlace: [RIS - Ley de Ingeniería Genética - Ley Federal consolidada, versión del 22.01.2022 \(bka.gv.at\)](#)

<sup>61</sup> En versión original, *Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz)*, que puede consultarse en el siguiente enlace: [GenDG - Ley sobre pruebas genéticas en humanos \(gesetze-im-internet.de\)](#)

En definitiva, vemos como, de manera general, la postura adoptada es la de prohibir la utilización de las pruebas genéticas en el ámbito asegurador, aunque pueden darse ciertas excepciones, que pueden venir propiciadas por su difícil convivencia práctica con el deber de declaración de riesgos, como es el caso de España en aplicación del art. 10 LCS o, como en el caso alemán, por aplicación de la propia normativa en casos de superación de ciertos límites del capital asegurado.

## **6. La inexistencia de declaraciones o comunicaciones sobre la agravación de riesgo durante la vigencia del contrato de seguro de vida**

Como veíamos cuando tratamos el deber de declaración de riesgo, este se produce en la etapa inicial del contrato, esto es, en la fase precontractual, pero lo cierto es que, si nos referimos al deber de declaración de riesgo desde una perspectiva global, es decir, abarcando todo tipo de contratos, se debe cumplir con esta obligación no sólo en esta primera etapa, sino durante toda la vigencia del contrato, tal y como dispone el art. 11 LCS que trataremos a continuación, pero que antes debemos advertir que esta regla no es así para los seguros de personas, en los cuales se incluye el seguro de vida, estableciéndose en cuanto a ellos la excepción.

En cuanto a la regulación del art. 11 LCS, sufrió una modificación con la Disposición final primera de la LOSSEAR, aplicable desde enero del año 2016, quedando redactado de la siguiente manera:

*“1. El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, **la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto** en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.*

*2. 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.”*

Básicamente, se añadió al párrafo primero el importante matiz de “*la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario de salud*” (que únicamente mencionaré, pero sin desarrollar, por no ser objeto del presente trabajo al aplicarse a seguros

distintos del de vida) y se introdujo íntegramente el párrafo segundo, que tipifica la excepción de los seguros de personas (en los que se incluye el de vida) que adelanté al comenzar este subepígrafe y cuya inclusión era muy necesaria, por cuanto en la parte de la LCS que regula el seguro de personas (arts. 80 y ss. LCS) no se regulaba nada específico sobre la agravación de riesgos en este ámbito y ello implicaba la remisión al articulado general aplicable a todos los seguros a los que hace referencia esta Ley, es decir, era inevitable la remisión al art. 11 LCS.

Pero *¿Por qué era necesaria una regulación específica?* Pues sencillamente por la propia naturaleza de los seguros a los que estamos haciendo referencia, puesto que como expone MUÑOZ PAREDES, mientras que en los seguros de daños, entre los que se incluye, por ejemplo, el de incendios o el de robo, la probabilidad de que se produzca el siniestro asegurado es siempre la misma y permanece estable, en los seguros de personas, entre los que, como he dicho, se incluye el de vida, parece evidente que el concepto asegurado (la salud o la vida) va a ir cambiando inevitablemente<sup>62</sup>, por el propio transcurso de la misma, así, si a esta tipología de seguros aplicásemos la regla general del art. 11 LCS antes de la modificación introducida por la LOSSEAR, los seguros de personas y particularmente el seguro de vida perdería su razón de ser, puesto que lo que se asegura es, precisamente, la probabilidad de un cambio en las circunstancias de la salud, el padecimiento de ciertas enfermedades, incapacidades o el siniestro de muerte, dándose la absurdez de que el único beneficiado de dicha relación contractual serían las aseguradoras, por cuanto podrían resolver el contrato con la comunicación de agravaciones sin llegar nunca a asegurar el riesgo cubierto o, mejor dicho, sin llegar nunca a abonar la prestación.

De hecho, de tal magnitud era la obviedad del asunto, que ya mucho antes de producirse el cambio legislativo mencionado, se aplicaba en los Juzgados y Tribunales de nuestro país (siguiendo la línea marcada por el Tribunal Supremo), lo que posteriormente acabó por confirmarse a través de la inclusión del párrafo segundo del art. 11 LCS. Aludiremos, a modo de ejemplo, la STS 469/1997, de 31 de mayo de 1997<sup>63</sup>, que en un pleito sobre un seguro de vida cuya circunstancia asegurada era la muerte, falló en contra de la aseguradora argumentando, entre otros motivos, que: *“la posterior aparición o descubrimiento en el asegurado de una enfermedad con resultado letal, no puede considerarse como circunstancia que agrava el riesgo asegurado (...) otra cosa iría contra el propio contenido contractual ya*

---

<sup>62</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L. (2015). «Empeoramiento en el estado de salud como riesgo declarable», *Almacén de Derecho*. (consulta: enero 2022). Disponible en: [Empeoramiento en el estado de salud como riesgo declarable - Almacén de Derecho \(almacenederecho.org\)](http://almacenederecho.org)

<sup>63</sup> STS de 31 de mayo de 1997 (Roj: STS 3843/1997 - ECLI:ES:TS:1997:3843).



*que en todos los supuestos de enfermedad más o menos grave del asegurado se concedería al asegurador una facultad de modificación del contrato o de rescisión del mismo con lo que se frustraría, en perjuicio del asegurado, la finalidad del contrato que no fue otra sino la de cubrir el riesgo de muerte”.*

Por consiguiente, el deber de declaración de agravaciones de riesgo no puede extenderse a las agravaciones en el ámbito de la salud, protegiendo una vez más la norma al asegurado, lo que implica que las aseguradoras del ramo de vida no pueden, bajo el pretexto de la inexistencia de comunicación de agravación de riesgos, modificar el contrato, rescindirlo o negarse al pago de la prestación<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L. (2015). «Empeoramiento en el estado de salud como riesgo declarable», *op. cit.*

## V. LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE LAS PATOLOGÍAS PREVIAS NO DECLARADAS Y EL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Por último, vamos a tratar a continuación como lo expuesto a lo largo del presente trabajo de Fin de Máster en relación a la inexactitud en la declaración de riesgos puede afectar a la principal obligación de las entidades aseguradoras en caso de acaecimiento del siniestro, es decir, al pago de la prestación, y si, además, es necesaria la relación de causalidad entre esas inexactitudes en la declaración o padecimientos previos a la contratación no declarados y la causa final del siniestro, por cuanto la omisión de patologías previas es uno de los principales motivos que tienen las aseguradoras para evitar el pago de la prestación amparándose precisamente en la infracción del deber del tomador o asegurado regulado en el art. 10 LCS en relación al art. 89 LCS.

Cabe decir que la normativa en materia aseguradora no establece una regulación específica en cuanto a la necesidad de relación de causalidad, por lo que, hasta ahora, ha sido una cuestión debatida en los órganos jurisdiccionales sin que ni siquiera se haya pronunciado de forma clara la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo. Así, hasta la fecha lo que tenemos al respecto son posicionamientos radicalmente distintos de diferentes Audiencias Provinciales, mientras que unas se decantan por seguir el criterio de que no es necesario que concurra nexo causal entre las patologías previas no declaradas y el siniestro para el impago de la prestación, otras lo aprecian como un elemento imprescindible para dicha evasión de responsabilidades por parte de las aseguradoras. Seguidamente se exponen ambas posturas y sus fundamentos.

Comenzando por aquella en la que no se exige nexo causal entre las patologías previas no declaradas y la causa de siniestro para la liberación de pago de las aseguradoras, es defendida por autores como MUÑOZ PAREDES (de la cual he citado diversas obras a lo largo de este trabajo) que entiende que, de lo estipulado por la LCS no se puede desprender la necesidad de este elemento, sino que lo realmente relevante es si la omisión realizada por el tomador o asegurado se produce con mala fe, por lo que centra lo importante en la existencia de dolo por el contratante, con independencia de la relación de causalidad, puesto que, a su juicio, resultaría ilógico que la aseguradora tuviese que asumir el pago de una prestación a pesar de haber concurrido dolo o culpa grave por parte del tomador/asegurado, sólo porque dicha omisión no guarda relación con la causa de producción del siniestro<sup>65</sup> (a estos efectos

---

<sup>65</sup> MUÑOZ PAREDES, M. L. (2006), «Sobre la relación causal entre la circunstancia omitida y el siniestro en los seguros de personas con especial referencia al de vida», *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 261/2006, pág. 25 (consulta: enero 2022).

recordemos que el párrafo tercero del art. 10 LCS libera al asegurador del pago de la prestación cuando media dolo o culpa grave) y relegando el debate de la relación de causalidad únicamente cuando la ocultación o inexistencia se realiza de buena fe<sup>66</sup>.

En este sentido, podemos citar la Sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra, de 30 de abril de 2001<sup>67</sup>, que en un caso de reclamación de un seguro de vida para caso de muerte en el que el tomador falleció a causa de un infarto de miocardio y en el que ocultó determinados datos relacionados con su histórico de salud, falla a favor de la aseguradora al entender que *“Dicha consecuencia (refiriéndose a la infracción del deber de declaración) no queda alterada por la posible desconexión entre los datos o circunstancias ocultados y la causa de la muerte del tomador (...), ya que el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro no condiciona la exoneración de la obligación de pago de la prestación a que la ocultación dolosa o por culpa grave sea de datos, circunstancias o antecedentes de los que se derive la muerte del tomador, sino que es consecuencia de la infracción del deber de cumplimentar verazmente y con exactitud, sujetándose al principios de buena fe contractual”*, y continúa explicando que *“En el caso concreto en que estamos, no sabemos si de haber comunicado verazmente los antecedentes (...), la aseguradora hubiera rechazado o no la concertación del seguro, pero sí es lo cierto que con la conducta del tomador se privó a la aseguradora de tener en consideración y evaluar dichos datos, condicionando negativamente la libertad de contratación que ampara nuestro ordenamiento jurídico, además de infringir el principio de buena fe, que debe presidir todo negocio jurídico, lo que conlleva la exoneración de la obligación de cumplimiento de la prestación”*.

En la misma línea, la Sentencia de la Audiencia Provincial de Girona de 19 de junio de 2017<sup>68</sup> que, en un caso similar al anterior y con igual fallo a favor del asegurador, expone que *“Lo determinante no es si aquellas circunstancias que no se han puesto en conocimiento de la aseguradora han tenido o no una influencia causal en la producción del siniestro contemplado en el contrato, sino que el silencio haya determinado que esta última haya contratado, cuando de haberlas conocido no lo hubiese hecho o lo hubiera efectuado bajo unas condiciones distintas, como puede ser un incremento de la contraprestación económica exigida (prima)”*.

---

<sup>66</sup> *Ibid.* Pág. 27.

<sup>67</sup> SAP de Navarra de 30 de abril de 2001 (AC\2001\2161).

<sup>68</sup> SAP de Girona de 19 de junio de 2017 (TOL 8.294.678).

Incluso, la Audiencia Provincial de A Coruña, en su Sentencia de 24 de septiembre de 2020<sup>69</sup> que, aunque en un supuesto de seguro de vida con cobertura de incapacidad, declaró que **“No es necesaria la existencia de relación causal entre las circunstancias omitidas y la causa que ha determinado la incapacidad permanente absoluta de la asegurada para exonerar a la entidad aseguradora del pago de la prestación ( artículo 10 LCS) Debemos recordar que no es necesaria la relación causal entre los padecimientos omitidos y la causa que ha determinado el siniestro para que exista dolo en la conducta de la asegurada. La jurisprudencia ha establecido que no se trata de si debe existir o no una relación directa entre el padecimiento sufrido y omitido en el momento de rellenar el Cuestionario y la causa del siniestro sino que se trata de valorar si la omisión del asegurado debe ser considerada relevante por haber afectado esencialmente al proceso de valoración del riesgo efectuado por la Aseguradora en tanto su voluntad contractual podría haber sido otra de conocer esa realidad preexistente, en cuyo caso se debe hablar de flagrante incumplimiento contractual por el asegurado”**.

Es decir, lo realmente determinante para esta primera postura no es la relación causal que pueda haber entre padecimientos previos no declarados y el siniestro finalmente producido, sino que la ocultación o inexactitud de datos se realice con mala fe y que la consecuencia de ello suponga que la entidad aseguradora no habría contratado ese específico contrato de vida de haber conocido la verdadera entidad del riesgo o, de haberlo hecho, lo habría realizado aumentando considerablemente la prima para adecuarse a la probabilidad de riesgo real.

En contraposición a lo anterior, la otra corriente es la que entiende que sí es necesario un nexo causal entre las omisiones o inexactitudes de información de salud en la declaración de riesgos y la causa posterior del siniestro para la liberación de la obligación de pago de la prestación por parte de la entidad aseguradora, debiendo esta responder en aquellos casos de omisiones que nada tengan que ver con el siniestro acaecido.

Sobre el particular también se encuentra una amplia jurisprudencia de las Audiencias Provinciales, de las que citamos, entre otras, la Sentencia de la AP de Alicante de 20 de septiembre de 2019<sup>70</sup> que, por remisión a otras sentencias de distintas AP<sup>71</sup> hace suyos argumentos como que **“no es relevante la ocultación de un dato cuando éste no guarda relación**

---

<sup>69</sup> SAP de A Coruña de 24 de septiembre de 2020 (TOL 8.202.488).

<sup>70</sup> SAP de Alicante de 20 de septiembre de 2019 (Tol 7.793.559).

<sup>71</sup> En particular, la SAP de Barcelona, de 17 de mayo de 2019; la Sentencia 563/2018, de 10 de octubre, y la SAP de Asturias núm. 393, de 15 de noviembre de 2017.

con la patología causante del siniestro” y que “la jurisprudencia, de forma implícita, pero creemos que clara, se inclina por considerar necesaria, para negar la cobertura, la vinculación causal entre lo ocultado y lo que causa el siniestro” o dicho de otra forma, **”la liberación de la aseguradora por ocultaciones o reticencias al cumplimentar el cuestionario por el tomador, sólo podrá operar cuando esas inexactitudes incidan en la dolencia que generó a la postre el riesgo cubierto en la póliza, pero no cuando se refieran a otros aspectos del estado de salud del asegurado que sean ajenos a la producción de ese riesgo”**. Además, al argumento utilizado por la aseguradora (y que defiende, como acabamos de ver, la corriente contraria que no ve necesario este nexo de causalidad) de que de haber conocido las verdaderas circunstancias no habría realizado el contrato o lo hubiera hecho en otras condiciones (se entiende más gravosas para el consumidor) alega la Sala que es necesario que la aseguradora acredite cómo esas omisiones o inexactitudes que nada tienen que ver con la causa del siniestro pudieron influir en la valoración de riesgo<sup>72</sup>.

La Sentencia de la AP de Pontevedra, de 29 de abril de 2019<sup>73</sup> que expone que para que pueda prosperar un incumplimiento del deber de declaración del riesgo por parte del tomador de un seguro de vida debe concurrir, entre otros requisitos **“la relación causal entre la circunstancia omitida y el riesgo cubierto”** y atendiendo al caso concreto de enjuiciamiento dice que **”consideramos necesaria la coexistencia de una cierta relación de causalidad entre la infracción del deber de respuesta al cuestionario de salud y la producción del riesgo para que se produzca la exclusión de la cobertura con arreglo al art. 10 de la LCS (...) la prestación a la que el asegurador venga obligado por razón del contrato, y que el precepto indicado faculta para reducir e incluso denegar la indemnización, debe guardar relación con la reserva o inexactitud advertida, de forma que si bien para la ineficacia del contrato es suficiente con que las circunstancias no reveladas pudieran influir en la valoración del riesgo, para reducir la prestación o eximirse de ella es preciso que el riesgo materializado en el siniestro sobrevenga por circunstancias médicas relevantes previas que no fueron oportunamente comunicadas”**.

Es esta última de las posturas la que personalmente más comparto, por cuanto, además, aunque el Tribunal Supremo todavía no ha marcado una línea a seguir por todas las Audiencias

---

<sup>72</sup> *Ibid.* Pág. 6.

<sup>73</sup> SAP de Pontevedra de 29 de abril de 2019 (Tol 7.295.679).

Provinciales, sí ha hecho referencias indirectas al tema que se pueden tomar en consideración<sup>74</sup>. Así, a modo de ejemplo, la STS de 21 de abril de 2004<sup>75</sup> dice que es “ *importante calibrar si los datos omitidos influyen o no importantemente en la contratación, de ser debidamente conocidos por el declarante del cuestionario, y si, en su caso, **mantienen o no un nexo causal con el resultado indemnizable** (vida o invalidez), debiendo, además, de tenerse en cuenta si esos datos eran o no importantes al fin referido*”, por lo que cabe entender que se decanta más por la última de las corrientes expuesta y que, cuando se manifiesten de forma clara y extensiva al respecto, lo hará en este sentido.

---

<sup>74</sup> GONZÁLEZ, U. (2020), «Seguros de vida: el necesario nexo causal entre la patología no declarada en el cuestionario de salud y la causante del fallecimiento o incapacidad», *Actualidad Jurídica Aranzadi*, núm. 964/2020, Ed. Aranzadi, Cizur Menor, págs. 1 y 2 (consulta: enero 2022).

<sup>75</sup> STS de 21 de abril de 2004 (RJ\2004\2458).

## VI. CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** El contrato de seguro de vida es un tipo contractual específico dentro de la rama de los seguros de personas, que se encuentra regulado en la Sección segunda del Título III (arts. 83 y ss.) de la LCS, y a través del cual se realiza una transferencia de riesgos de un asegurado (que a su vez puede ser tomador si es el que realiza la contratación) a una entidad aseguradora, la cual percibe como contraprestación por ello una prima mensual, anual o única, y que la vincula para que, en caso de que se produzca el siniestro, en nuestro caso, la muerte del asegurado, realice el pago de una prestación (también llamado capital asegurado) a los beneficiarios designados. En esencia, podemos decir que se trata de un intercambio económico en el que, mientras que el tomador se encuentra obligado como condición *sine qua non* al pago de la prima para que su riesgo se encuentre asegurado, la entidad aseguradora está obligada al pago de una prestación en caso de acaecimiento del siniestro, aunque este no necesariamente se acabe produciendo, dada la posibilidad que existe de que se extinga el contrato antes por las circunstancias que fueren.

**SEGUNDA.-** El elemento más característico de este tipo de seguros es el deber precontractual de declaración de riesgos que incumbe al tomador, regulado en el art. 10 LCS en relación con el art. 89 LCS, el cual sufrió a lo largo de los años una interesante evolución legislativa que se ha ido posicionando a favor del tomador, como parte débil del contrato frente a las entidades aseguradoras más técnicas y profesionalizadas, puesto que en sus orígenes se imponía al tomador la rígida obligación de informar a las aseguradoras de todas y cada una de las circunstancias que pudieran influir en la valoración de riesgos, recayendo sobre él toda la responsabilidad de la vigencia del contrato y siendo indiferente que la posible omisión o inexactitud de datos que influyesen en la valoración, se realizase de buena fe. Sin embargo, con las distintas reformas legislativas llevadas a cabo hasta la fecha, este posicionamiento del tomador es bien diferente, por cuanto, en la actualidad, la carga de las responsabilidades se redistribuye, recayendo sobre las aseguradoras la carga de presentar al tomador o asegurado un cuestionario debidamente redactado.

**TERCERA.-** La finalidad de dicha declaración de riesgos es la adecuada concreción del riesgo por las entidades aseguradoras, ya que puede suceder que conocidas todas las circunstancias que influyan en él, no sea rentable la celebración de ese contrato por tener que asumir un riesgo demasiado elevado o bien que el solicitante del seguro no esté dispuesto a

pagar una prima excesiva. Ahora bien, las omisiones o inexactitudes en este sentido por parte del solicitante pueden conllevar incluso a la rescisión del contrato, siendo especialmente relevante la concurrencia de dolo o culpa grave que, de manera lógica, tiene consecuencias para ambas partes contratantes. De tal forma, si quien incurre en dolo o culpa grave es el propio tomador o asegurado, según los casos, la aseguradora queda liberada del pago de la prestación, mientras que, si el que incurre es la propia aseguradora, la consecuencia es el reembolso de las primas abonadas por el tomador.

**CUARTA.-** El deber de declaración de riesgos del tomador se ha ido configurando, tanto por la normativa vigente como por la jurisprudencia sobre el tema, como un deber de contestación o respuesta a lo que el asegurador pregunta mediante el cuestionario de salud que debe presentarle al efecto, incluso pudiendo aquél quedar exonerado si el asegurador no le somete a cuestionario alguno o bien cuando las preguntas que contenga no sean las adecuadas para tal fin. Sin embargo, en casos de incumplimiento de este deber por parte del tomador, es necesario el estudio y análisis del caso concreto para determinar si ha existido en esa actuación dolo o mala fe.

**QUINTA.-** Sobre las entidades aseguradoras recae la carga fundamental de realizar un cuestionario de salud ajustado al propósito que persiguen, redactándolo de la forma más clara y concisa posible para que las respuestas que se recojan una vez contestado por el solicitante del seguro, arrojen datos e informaciones verdaderamente importantes para la valoración del riesgo, sin caer en preguntas estereotipadas o demasiado generales sin individualizar que hagan dudar al lector o que no permitan identificar a qué se refieren, por cuanto ello generalmente conlleva, como han confirmado los Juzgados y Tribunales, a que se entienda como un cuestionario no presentado, sin darle la posibilidad al solicitante de cumplir con su deber de declaración.

**SEXTA.-** Por encontrarnos ante un seguro de la rama de la salud, las aseguradoras pueden realizar reconocimientos médicos previos a la contratación e incluso, acceder a su historia clínica una vez producido el siniestro, por cuanto es prácticamente la única vía de la que disponen para corroborar si lo manifestado en la declaración de riesgos se correspondía con situación real de salud del asegurado, y aunque se ha debatido sobre si estas actuaciones de las aseguradoras afectan o colisionan con derechos fundamentales, lo cierto es que en la



práctica es habitual que en el propio condicionado de la póliza se recoja esta circunstancia, aceptando el tomador/asegurado el acceso a esta información de índole privada una vez se adhieren al mismo.

**SÉPTIMA.-** La propia naturaleza de este contrato ha provocado situaciones de discriminación por razones de salud, como ha pasado con las personas con VIH/SIDA, de discapacidad e, incluso, de género, por ello y para asegurar el principio de no discriminación y de igualdad en el acceso al mercado asegurador, se han implementado mejoras legislativas, que han afectado tanto a la propia LCS como a otras normas y las cuales, en conjunto, prohíben las discriminaciones por las razones mencionadas, estableciendo la nulidad de todas aquellas estipulaciones o cláusulas que puedan conllevar lo contrario.

**OCTAVA.-** Las pruebas genéticas también han sido objeto de debate por su utilización en el sector asegurador, puesto que proporcionan información sobre la predisposición que una persona puede tener a padecer ciertas enfermedades, la controversia ha sido si las aseguradoras podían exigir su realización antes de formalizar la contratación del seguro para una valoración del riesgo más exhaustiva, pero lo cierto es que, a falta de regulación específica y posicionamiento claro de los Juzgados y Tribunales, y teniendo en cuenta la colisión que esta exigencia puede tener con derechos fundamentales recogidos en la CE, actualmente hay que atenerse, por un lado, a la única tipificación al efecto en nuestro Ordenamiento jurídico constituido por una norma no aseguradora, la *Ley 14/2007, de 3 de julio*, que regula los fines de los test genéticos y entre los que no se encuentra el mercado asegurador; y, por otro lado, al Derecho comparado en el que, de forma generalizada, se regula la prohibición de los test genéticos en el mercado asegurador, y por lo que cabe entender su exclusión de este sector, salvo que, como hemos visto en el caso español, el solicitante del seguro de manera voluntaria y anterior se hubiese sometido a él, en cuyo caso deberá declarar aquello que guarde relación con lo que se le pregunta en el cuestionario de salud.

**NOVENA.-** Aunque la regla general es que el tomador está obligado a comunicar las agravaciones del riesgo, convirtiéndose el deber de declaración en una obligación vigente a lo largo de toda la vida del contrato, en los contratos de seguro de vida está la excepción, pues por la propia naturaleza de los mismos, resulta contraproducente para el fin con el que están creados la comunicación de agravaciones en el estado de salud de los asegurados que

necesariamente se acaba produciendo por el paso del tiempo, por ello, del párrafo segundo del art. 11 LCS se deriva la exclusión de la obligación de comunicación de las agravaciones en el estado de salud, sin que ello conlleve la infracción del deber de declaración.

**DÉCIMA.-** La necesidad de relación de causalidad entre las inexactitudes u omisiones en la declaración de riesgos del tomador o asegurado y la causa final del siniestro ha sido otro de los aspectos controvertidos en los órganos jurisdiccionales, si bien es cierto que, a día de hoy, ni la normativa aseguradora establece nada acerca de la exigencia de este nexo causal, ni tampoco la jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha pronunciado de forma clara al efecto. Es por ello que, actualmente, depende del criterio que tenga cada Audiencia Provincial, encontrándose ejemplos en los que para la liberación de la obligación de pago de la prestación por parte de las aseguradoras no se exige esta relación de causalidad; en tanto que otras Audiencias Provinciales sí exigen la presencia y acreditación de esta relación causal. De algunas referencias indirectas que se atisban en los pronunciamientos del TS sobre esta cuestión, puede inducirse razonablemente que éste último será el criterio que seguirá la Sala de lo Civil del TS en el momento en que tenga oportunidad de pronunciarse abiertamente sobre esta cuestión, resolviendo un recurso de casación en el que se ventile o discuta esta interpretación.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- BLÁZQUEZ MARTÍN, R. (2019), «Actualizaciones y novedades de la jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre el contrato de seguro», *Diario La Ley*, núm. 9466 (Ref. La Ley Digital 8617/2019).
- BRENES CORTES, J. (2003), «Algunas cuestiones relevantes que sigue suscitando el deber precontractual de declaración de riesgo», *Diario La Ley*, núm. 5855 (Ref. La Ley Digital 1535/2003).
- CALLEJA RODRÍGUEZ, C., (2006). Notas de derecho sucesorio sobre el seguro de vida para caso de muerte. *Revista de Derecho Privado* (en línea). no. 13-14 (consulta: noviembre de 2021). Disponible en: *Notas de derecho sucesorio sobre el seguro de vida para caso de muerte | Callejo Rodríguez | Revista de Derecho Privado. Nueva Serie (unam.mx)*.
- CAMPUZANO, A. B. y MOLINA HERNÁNDEZ, C., (2021) «El contrato de seguro», En: BERMÚDEZ, C., et al., coord. *El mercado asegurador. Reglas de ordenación y contratación*, Ed. Tirant lo Blanch, Valencia.
- GONZÁLEZ, U. (2020), «Seguros de vida: el necesario nexo causal entre la patología no declarada en el cuestionario de salud y la causante del fallecimiento o incapacidad», *Actualidad Jurídica Aranzadi*, núm. 964/2020, Ed. Aranzadi, Cizur Menor (consulta: enero 2022).
- GRACIETA ROYO, L. P., IBARRA GARCÍA, N. (2000), «La confidencialidad de la historia clínica: una aportación desde la perspectiva del contrato de seguro», *Diario La Ley*, Ref. D-98 (Ref. La Ley Digital 21199/2001).
- GUARDIOLA LOZANO, A., (2001), *Manual de introducción al seguro*, Ed. Mapfre, Madrid.
- LIMA REGO, M., PEÑA LÓPEZ, F. (2018), «Regulación del contrato de seguro en Portugal y España: análisis comparado», *Cuadernos de la Cátedra*, Fundación INADE, Santiago de Compostela.
- MARTÍNEZ OTERO, J. M. (2017), «La generalización de los test genéticos y su incidencia en los derechos fundamentales», *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, núm. Extra 29 (consulta: enero de 2022). Disponible en: *La generalización de los test genéticos y su incidencia en los derechos fundamentales - Dialnet (udc.es)*
- MONFORTE, J. D. (2008), «Seguros de vida: declaración de riesgo ¿Dolo del tomador o desidia rentable del asegurador?», *Diario La Ley*, núm. 6908 (Ref. La Ley Digital 10170/2008).

- MUÑOZ PAREDES, M. L., (2006), Sobre la relación causal entre la circunstancia omitida y el siniestro en los seguros de personas con especial referencia al de vida. *Revista de Derecho Mercantil*. Núm. 261/2006.
- MUÑOZ PAREDES, M. L. (2006), «Sobre la relación causal entre la circunstancia omitida y el siniestro en los seguros de personas con especial referencia al de vida», *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 261/2006 (consulta: enero 2022).
- MUÑOZ PAREDES, M. L., (2018), *El deber de Declaración del Riesgo en el Seguro*, Ed. Aranzadi, Navarra.
- MUÑOZ PAREDES, M. L. (2018), «La influencia de las pruebas genéticas voluntarias en un posterior contrato de seguro», *Almacén de Derecho*. (consulta: enero 2022). Disponible en: *La influencia de las pruebas genéticas voluntarias en un posterior contrato de seguro - Almacén de Derecho (almacenederecho.org)*
- MUÑOZ PAREDES, M. L. (2015). «Empeoramiento en el estado de salud como riesgo declarable», *Almacén de Derecho*. (consulta: enero 2022). Disponible en: *Empeoramiento en el estado de salud como riesgo declarable - Almacén de Derecho (almacenederecho.org)*
- ROMEO CASABONA, C. M. (2012), «Implicaciones jurídicas de las pruebas genéticas y de otros datos de salud predictivos para los contratos de seguro», *II Congreso sobre las Nuevas Tecnologías y sus repercusiones en el seguro: Internet, Biotecnología y Nanotecnología*, SEAIDA, Madrid.
- RUBIO VICENTE, P. J. (2003), *El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro*. Ed. Mapfre, Madrid.
- SÁNCHEZ CALERO, F., et al., (2005). *Ley de Contrato de Seguro, Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, Ed. Aranzadi, España.
- TAPIA HERMIDA, A. J, (2018), *Guía del contrato de seguro*, Ed. Aranzadi, Cizur Menor.
- VÁZQUEZ CUETO, J. C., (2007). «Consideraciones generales sobre la prima del contrato de seguro». En: VÁZQUEZ CUETO, J. C. *La obligación de pago de la prima en la ley de contrato de seguro*. Ed. Tirant lo Blanch, Valencia.
- VEIGA COPO, A. B. (2019), «Clases de distribuidores de seguros»; en: BATALLER GRAU, J. y QUINTÁNS-EIRAS, M<sup>a</sup> R, dirs. *La distribución de los seguros privados*, Ed. Marcial Pons, Madrid.

VILLANUEVA, A. L., (2012), La omisión y la inexactitud en la declaración del riesgo para los seguros de vida y salud. *Revista TRÉBOL* (en línea). núm. 63 (consulta: diciembre de 2021). Disponible en: <https://app.mapfre.com/mapfrere/docs/html/revistas/trebol/n63/pdf/Artic.ulo2.pdf>

## **APÉNDICE I. JURISPRUDENCIA CONSULTADA**

STS de 31 de mayo de 1997 (Roj: STS 3843/1997 - ECLI:ES:TS:1997:3843).

SAP de Navarra de 30 de abril de 2001 (AC\2001\2161).

STS de 21 de abril de 2004 (RJ\2004\2458).

STS de 17 de febrero de 2016 (RJ 2016\543).

STS de 16 de marzo de 2016 (ECLI ES:TS:2016:1208).

SAP de Girona de 19 de junio de 2017 (Tol 8.294.678).

SAP de Pontevedra de 29 de abril de 2019 (Tol 7.295.679).

SAP de Alicante de 20 de septiembre de 2019 (Tol 7.793.559).

SAP de A Coruña de 24 de septiembre de 2020 (Tol 8.202.488).

STS de 16 de noviembre de 2020 (Tol 8.217.365).

STS de 22 de septiembre de 2021 (Tol 8.600.150).

STS de 16 de noviembre de 2020 (Tol 8.217.365).

## APÉNDICE II. NORMATIVA CONSULTADA

Constitución Española.

Ley 50/1980, de 8 de octubre, *de Contrato de Seguro*.

Ley 20/2015, de 14 de julio, *de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras*.

Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, *de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales*.

Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad*.

Ley 4/2018, de 11 de junio, *por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre*.

Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, *por el que se aprueba el texto refundido de la Ley modifica la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias*.

Ley 26/2011, de 1 de agosto, *de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Ley 14/2007, de 3 de julio, *de Investigación biomédica*.

Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

Ley nº 12/2005, de 26 de enero, *de Información Genética Personal e Información de la Salud* (Portugal).

*Ley federal de Ingeniería Genética de 1994* (Austria).

*Ley sobre pruebas genéticas en humanos (Ley de Diagnóstico Genético) del 2009* (Alemania).