

RECLAMACIÓN DE COBRO DEL SEGURO VINCULADO A LA HIPOTECA.

RECLAMACIÓN DE COBRO DE SEGURO VINCULADO A LA HIPOTECA. IMPORTANCIA DEL CUESTIONARIO DE SALUD DEL SEGURO DE VIDA VINCULADO AL PRÉSTAMO HIPOTECARIO.

El Tribunal Supremo valida -a causa de la imprecisión del cuestionario de la aseguradora- la declaración de salud que firmó una adicta a la cocaína, que no declaró, antecedentes psiquiátricos inducidos por la droga en el cuestionario de salud para suscribir un seguro, y por tanto tiene derecho a cobrar 173.000 euros por la invalidez provocada por dicha sustancia, dado que la aseguradora no le preguntó por su salud mental.

La validez de la declaración de salud que firmó una adicta a la cocaína para que Rural Vida S.A. la cubriera con un seguro de vida e invalidez se fundamenta en que la entidad aseguradora no fue lo bastante precisa en la declaración de salud que la obligó a suscribir. “Ha de ser la aseguradora la que soporte la imprecisión del cuestionario y la consecuencia de que por tal imprecisión no llegara a conocer el estado de salud de la asegurada en el momento de suscribir la póliza”, dice el Supremo. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de enero de 2008 incide en la misma idea al destacar que “el cumplimiento del deber de información que se impone al asegurado debe valorarse en relación con la declaración prestada ante el cuestionario desde el prisma subjetivo de la buena fe en relación con la finalidad del contrato y el grado de claridad y precisión del cuestionario que se le somete”.

Por tanto Rural Vida S.A. deberá abonar 171.939,45 euros a su cliente.

La asegurada, declaró en el contrato que “tiene plena capacidad para trabajar, goza de buena salud y no padece o ha padecido enfermedad o lesión (cardíaca, circulatoria, oncológica, infecciosa, del aparato digestivo o endocrina -diabetes-) que haya precisado tratamiento médico”.

Al tiempo de hacer esa declaración, en febrero de 2009, la mujer llevaba ya varios años en tratamiento por posible psicosis inducida por el consumo de cocaína. En 2011 fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide y declarada en situación de incapacidad permanente. El Supremo considera que esos antecedentes no estaban incluidos en el cuestionario.

El objeto litigioso se centra en un tipo específico de pólizas de seguro vinculadas a préstamos hipotecarios, las cuales proliferaron durante los años del boom inmobiliario, convirtiéndose en una exigencia muy habitual por parte de las entidades bancarias en el momento de la concesión del préstamo solicitado por los clientes. La formalización de la póliza y, especialmente, la del cuestionario de salud, quedaba reducida a un mero trámite necesario para poder sacar adelante la operación principal, esto es, la concesión de la financiación solicitada.

La parquedad en la redacción del cuestionario, así como la cumplimentación del mismo por parte del personal de las sucursales, fueron las notas características en este tipo de pólizas, lo cual ha deparado abundante litigiosidad ya que las compañías aseguradoras han venido denegando de manera sistemática las coberturas aduciendo que el asegurado había faltado a la verdad en lo referente a sus datos de su salud.

No obstante, la jurisprudencia, conocedora de este erróneo modo de proceder en el momento de la suscripción de la póliza, se ha venido mostrando favorable a defender los derechos de los asegurados. En este caso la sentencia también aborda la vinculación de la póliza de seguro al préstamo hipotecario de la asegurada con la Caja Rural de Algemés por 180.000 euros. El seguro vinculado al préstamo, designó a la Caja Rural de Algemés como primer beneficiario, por el importe que, en caso de fallecimiento o invalidez, quedara por pagar del préstamo.

La entidad aseguradora, Rural Vida S.A., y la entidad crediticia, Caja Rural, pertenecen al mismo grupo,

hecho que provocó la pasividad de Caja Rural a la hora de reclamar el dinero cuando la asegurada fue declarada inválida. La entidad beneficiaria del seguro, Caja Rural de Algemés, no ejerció su derecho de cobro ya que era también la pagadora impidiéndole además a la asegurada el derecho para ejercer esa acción.

El juzgado de Instancia y la Audiencia Provincial de Valencia avalaron en ese sentido a la aseguradora, pero el Supremo anula ese criterio.

“No admitir la legitimación” de la tomadora del seguro, “por la sola inactividad de la entidad prestamista en cuanto beneficiaria”, podría llevar a que ella “tuviera que seguir amortizando el préstamo, que es precisamente aquello frente a lo que le protege el seguro cuya prima corre a su cargo”, dice el alto tribunal.

Es decir, si la entidad bancaria no tiene interés en cobrar una indemnización a cargo de una aseguradora de su mismo grupo, no tiene sentido que la tomadora del seguro deba seguir pagando la cuota de la hipoteca a su cargo, pues esa opción, la preferida lógicamente por la Caja, es precisamente la cubierta por el seguro, explica el Supremo. “Entenderlo de otra forma equivale a dejar inermes al asegurado o a su familia en un trance especialmente difícil que el asegurado quiso evitar precisamente mediante la concertación del seguro”, señala el Supremo.

La jurisprudencia se muestra proclive a estimar las demandas presentadas por los asegurados mediante las cuales se reclama el abono del importe del capital asegurado en la póliza vinculada al préstamo hipotecario, en aquellos supuestos en los que las aseguradoras no hayan sido lo suficientemente diligentes en el modo de redactar el cuestionario de salud a fin de delimitar el riesgo.
