

JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.1 DE TINEO

-

PLAZA ALONSO MARTINEZ

Teléfono: 985800068

Fax: 985801334

FBC

N18740

N.I.G.: 33073 41 1 2016 0000445

JVB JUICIO VERBAL 00000 /2016

Procedimiento origen: /

Sobre OTROS VERBAL

DEMANDANTE D/ña.

Procurador/a Sr/a. ROSA MARIA GARCIA GONZALEZ

Abogado/a Sr/a. MANUEL RODRIGUEZ VELAZQUEZ

DEMANDADO D/ña.

Procurador/a Sr/a.

Abogado/a Sr/a.

T E S T I M O N I O

FCO. JAVIER CANAL MEANA, Letrado de la Administración de Justicia, del JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.1 de TINEO, doy fe y testimonio que en los autos de JUICIO VERBAL 00000 /2016 consta , que literalmente se pasa a transcribir a continuación:

S E N T E N C I A

En Tineo, a 11 de abril de 2016.

Juez que la dicta: Nuria Álvarez Posada.

Vistos por D^a NURIA ÁLVAREZ POSADA, Juez del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Tineo, los presentes autos de JUICIO VERBAL número 2016, seguidos a instancia de D. representado por la Sra. Procuradora Rosa M^a García González, y asistido por el Sr. Letrado Manuel Rodríguez Velázquez frente a la

representada por la Procuradora Dña.

asistida por el Letrado D.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 11 de febrero de 2016, tuvo entrada en este Juzgado demanda de juicio verbal presentada por la representación procesal de D. [redacted] en la que tras alegar los hechos y fundamentos de derecho que estimó oportunos, terminó suplicando se dictara sentencia en la que estimando íntegramente la demanda se condene a la demandada:

A.- A abonar la suma de 3.960, o bien la cantidad que corresponda por el pago de la contingencia asegurada desde la fecha de la baja, el 6-11-2014 y, hasta que fue declarada la incapacidad permanente total (en fecha 24-03-2015), así como consecuentemente la anulación de la rescisión contractual de la póliza la cual deberá prorrogarse hasta el momento en que a D. [redacted] se le reconoce en situación de IPT, el 24-03-2015, con devolución proporcional de la prima del seguro cobrada al demandado correspondiente al ejercicio 2015 (hasta la fecha en que se declara en IPT), la carecer de objeto la cobertura del seguro.

B.- Subsidiariamente, en caso de desestimarse la pretensión principal, la devolución íntegra de la prima cobrada al demandado ante la ausencia de dolo o mala fe en la actitud del demandado.

Todo ello más lo que representen los intereses de mora desde la fecha del hecho causante que dio lugar a la indemnización (el 6-11-2014) imponiéndose a la parte demandada las costas procesales.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda, se emplazó a la demandada para que se personara en autos y la contestara, lo que hicieron en tiempo y forma contestando en el sentido de interesar se desestime íntegramente la demanda, con imposición de costas a la actora.

TERCERO.- Convocadas las partes al acto del juicio, éste tuvo lugar en el día 30 de marzo de 2016, con la concurrencia de todas las partes, practicándose en dicho acto la prueba en su día declarada pertinente con el resultado obrante en

autos, y tras la manifestación por las partes de sus conclusiones, se dio por concluido el acto, pasando los autos a la mesa de SSª para su resolución.

CUARTO.- En la tramitación del presente juicio se han observado todas las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. La parte actora ejercita una acción de reclamación de cantidad, alegando en esencia los siguientes hechos: que el 25-11-2013 contrató en la correduría de seguros una póliza de seguro de indemnización num. 507302, que cubría como riesgo garantizado una indemnización diaria de 30 euros por incapacidad temporal total, excluidos los primeros siete días, póliza con efecto inicial del 14-11-2013. Que en fecha 6-11-2014, D. [redacted] causó baja laboral con diagnóstico de “visión nubosa-cefalea-mareo-visión borrosa”, rehusando la aseguradora abonarle el siniestro. En fecha 24-03-2015, D. [redacted] fue declarado afecto de incapacidad permanente total para su profesión habitual de taxista.

Por su parte, la demandada se opone a la pretensión indemnizatoria de su asegurado, alegando el incumplimiento por su parte del deber de cumplimentar debidamente el cuestionario de salud propuesto por dicha aseguradora, habiendo actuado como dolo o mala fe civil al no informar de determinadas patologías sufridas con anterioridad a la suscripción de la referida póliza que motivaron su baja y por la que ahora reclama, por lo que queda liberada de la obligación de indemnizar, por aplicación de la Condición Tercera letra b) de la póliza, así como por aplicación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

SEGUNDO.- Centrados así los términos del debate, comenzaremos por analizar si hubo por parte de D. [redacted] incumplimiento del deber de declarar a la aseguradora acerca de sus antecedentes médicos, conforme al artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. Tal y como expresaron ambos testigos, Doña [redacted] la esposa del actor,

y Doña [redacted] empleada de la correduría de seguros, el cuestionario fue cumplimentado el cuestionario respondiendo a todas las preguntas, acordando ambas, para mayor seguridad y certeza en sus respuestas, llevarlo Doña [redacted] a casa y comentarlo con su marido, devolviéndolo a los dos días firmado por D. [redacted]. Visto el tenor de las preguntas del cuestionario formulado por la aseguradora al actor (documento 2 de la demanda), el hecho de que éste contestase en sentido negativo a algunas de ellas, (números 16, 21, 22, 25, o 30) , pese a constar en su historia clínica resonancia, lesiones maculares múltiples, episodios de vértigo o visión borrosa entre los años 2010 y 2013, no puede considerarse como un supuesto de inveracidad por parte del actor al contestar dicho cuestionario de salud, y, por ende, de incumplimiento de su obligación de comunicar a la aseguradora las circunstancias que constituyesen agravación del riesgo cubierto por la póliza de seguro de indemnización suscrita con la misma, toda vez que lo que se le preguntaba en dicho cuestionario, era si había padecido alguna de las enfermedades relacionadas en dicho cuestionario, y así responde en relación a la miopía, fibromialgia y artrosis degenerativa, no pudiendo considerar que hubiese faltado a la verdad, pues por entonces el demandante carecía de diagnóstico alguno en este sentido, y que si bien ciertamente presentaba un cuadro de visión borrosa o nublada esta dolencia estaba aparejada, según puede verse en los distintos informes, en problemas tensionales. En definitiva, de lo examinado hasta ahora, en modo alguno puede atribuirse al D. [redacted] una intención engañosa, pues no corresponde al tomador del seguro valorar sus dolencias, diagnosticadas o no, de tal modo que puedan ser fácilmente encasilladas en dicho cuestionario.

Así pues, debe colegirse que no deben quedar excluidas del riesgo "las consecuencias de enfermedad originadas con anterioridad a la entrada en vigor del seguro", por efecto de lo dispuesto en el extracto de las condiciones generales presentado con la demanda, pues lo cierto es que para que dicha exclusión -que hay que interpretar en íntima relación con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro (inexistencia del riesgo)- surtiese efecto, sería necesario, en primer lugar, que las enfermedades o dolencias que determinaron la declaración de invalidez permanente absoluta para todo tipo de trabajo existiesen ya con anterioridad a la firma del contrato (14-11-13), y lo cierto es que al actor durante un año después a la contratación de la póliza continuó desempeñando su actividad profesional con total normalidad. No fue hasta el 24-03-2015, cuando le fue reconocida la incapacidad permanente total, y se mencionan como dolencias

episodios de caída sin pérdida de conciencia, y un episodio de pérdida brusca de visión en ambos ojos, así como lesiones de sustancia blanda de probable origen vascular, en resonancia magnética de 2014, esto es más de un año después de la contratación de la póliza, de donde se concluye con meridiana claridad, que tales dolencias de origen neurológico y vascular, así como los episodios descritos, no había ocurrido a fecha de la póliza, y que tampoco se hacían preguntas por este tipo de enfermedades en el cuestionario cumplimentado.

A mayores, y en cualquier caso, no debe olvidarse que la Ley de Contrato de Seguro pone a disposición de los aseguradores los medios a través de los cuales poder detectar en este tipo de seguros las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, y no pueden imputar dichas aseguradoras a los asegurados la responsabilidad derivada de no haber utilizado tales medios, que en el presente caso sólo se emplearon tras causar baja laboral por enfermedad común el 6-11-014, cuando se requirió a D. su historia clínica completa, llegando entonces a recibir, hasta en dos ocasiones, la visita de un perito. En definitiva, no puede ahora la demandada pretender esgrimir la preexistencia de una dolencias como motivo para alegar la inexistencia del riesgo. La demanda debe ser pues estimada en este concreto aspecto., anulando la rescisión contractual de la póliza que deberá prorrogarse hasta el momento en que al actor se le reconoce en situación de incapacidad permanente total, el 18-03-2015, con devolución proporcional de la prima de seguro cobrada al demandado correspondiente al ejercicio de 2015.

Resta por analizar una última cuestión, cual es la existencia de pluspetición alegada de contrario. Lleva razón en esta cuestión la demandada, toda vez que la actora reclama la suma de 3.960 euros, por un periodo de 139 días que comprende desde el 6-11-2014 hasta el 24-03-2015, a razón de 30 euros/día y descontados los 7 días de franquicia. Ahora bien, y sin perjuicio de lo dispuesto en la Condición General 15ª (“no devengará subsidio diario alguno el día que cause alta el asegurado”), debe tenerse en cuenta como dies ad quem para el cálculo de la indemnización el 13-03-2015, y no el 24-03-2015 como erróneamente sostiene la actora, que es la fecha del primer pago. Así, el documento nº 7 de la demanda, que no es otro que la resolución del INSS, y que lleva fecha de 18-03-2015, establece que la revisión de la calificación se producirá le 13-03-2015. Por tanto, en razón a esta fecha final, la cantidad procedente a indemnizar sería 3.630 euros, una vez descontada la franquicia.

TERCERO.- Intereses. En relación con la condena de intereses moratorios deducida reseñar que el artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 octubre, de Contrato de Seguro, dispone en su apartado 3º): “Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.” Añadiendo el apartado 4º): “ La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial”. Pues bien, toda vez no consta en las actuaciones consignación alguna por parte de la Compañía Aseguradora, resulta procedente la imposición de los intereses del anterior artículo a satisfacer desde el 6-11-2014.

CUARTO.- De conformidad con lo dispuesto en el art. 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y al tratarse de una estimación sustancial de la demanda interpuesta, procede imponer las costas causadas a la parte demandada.

Vistos los preceptos legales invocados, y demás normas de general y pertinente aplicación

FALLO

ESTIMO la demanda formulada por la representación procesal de D. José Álvarez Suárez contra

y debo condenar y condeno a dicha demandada a que abone al actor la suma de **3.630 euros**, anulando la rescisión contractual de la póliza, la cual deberá prorrogarse hasta el momento en que a D. se le reconoce en situación de IPT, el 18-03-2015, con devolución proporcional de la prima del seguro cobrada al demandado correspondiente al ejercicio 2015. Con imposición a la aseguradora demandada de los intereses legales del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde el 6-11-2014, y con expresa condena en costas.



Notifíquese esta resolución a las partes haciéndoles saber que la misma no es firme y que contra ella podrán interponer recurso de apelación en el término de los 20 días siguientes a su notificación.

Así, por esta mi sentencia, juzgando en esta instancia, lo pronuncio, mando y firmo.

Lo anteriormente transcrito concuerda bien y fielmente con su original al que me remito, extendiéndose el presente en TINEO, a dieciocho de Abril de dos mil dieciséis.

EL/LA LETRADO DE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA,



PRINCIPADO DE
ASTURIAS

