





La omisión y la inexactitud en la declaración del riesgo para los seguros de vida y salud

Ana Luisa Villanueva
Directora Médica Vida, Salud & Accidentes MAPFRE RE
Madrid - España

El contrato de seguros es un acuerdo privado entre dos partes, la compañía de seguros y el asegurado, y representa para el asegurador, la obligación jurídica de garantizar las consecuencias de un evento aleatorio, o siniestro, y para el asegurado, el pago de una prima que compense esta garantía.

Estos contratos se rigen por una ley, la Ley del Contrato de Seguros, muy similar en su alcance y técnica jurídica en todos los países de la Unión Europea.

En España, el tema que nos ocupa se refleja en el artículo 10 de la LCS (Ley de Contrato de Seguros).

El artículo 10 habla de la obligación por parte del asegurador de presentar un cuestionario al tomador del seguro, quien tiene la obligación de contestar verazmente a las preguntas. Si el cuestionario no contiene las preguntas necesarias para conocer el estado de salud del tomador, este queda exonerado de la obligación.

Si el asegurador encuentra que el tomador no ha contestado verazmente a las preguntas planteadas en el cuestionario, tiene un mes para comunicárselo al tomador y rescindir el contrato.

La actitud fraudulenta o de engaño, se entiende normalmente como la omisión de la declaración de un hecho relevante para la contratación del seguro

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador le comunique al tomador cualquier irregularidad, el asegurador podrá cubrir la prestación aplicando la proporcionalidad entre la prima convenida y la que se hubiera debido de aplicar. Ahora bien, si media dolo o culpa grave del tomador del seguro, es decir, la ocultación voluntaria de su situación de salud, el asegurador se verá exonerado del pago de la prestación.

Tres puntos importantes como conclusión hasta ahora:

- ▶ La importancia de un cuestionario claro y directo que no de pie a la omisión de la información.
- ▶ Contar con un proceso ágil de gestión de la declaración de riesgos para evitar rechazos de prestaciones por declaraciones incompletas.
- ▶ Entender, conocer y definir el dolo.

Si buscamos la definición de dolo en los diccionarios de seguros encontramos las siguientes referencias:

- ▶ **Dolo:** Actitud fraudulenta o de engaño por parte de quien interviene en la contratación del seguro, adoptada con la intención de perjudicar a la otra parte contratante.
- ▶ Artificio o simulación de que se sirve una persona para la ejecución intencionada de un acto en perjuicio de otra. Es sinónimo de mala fe.

En el contrato de seguro, el dolo puede afectar tanto al asegurado (en la declaración de salud, o en el siniestro), como al asegurador (en la redacción de las condiciones contractuales).

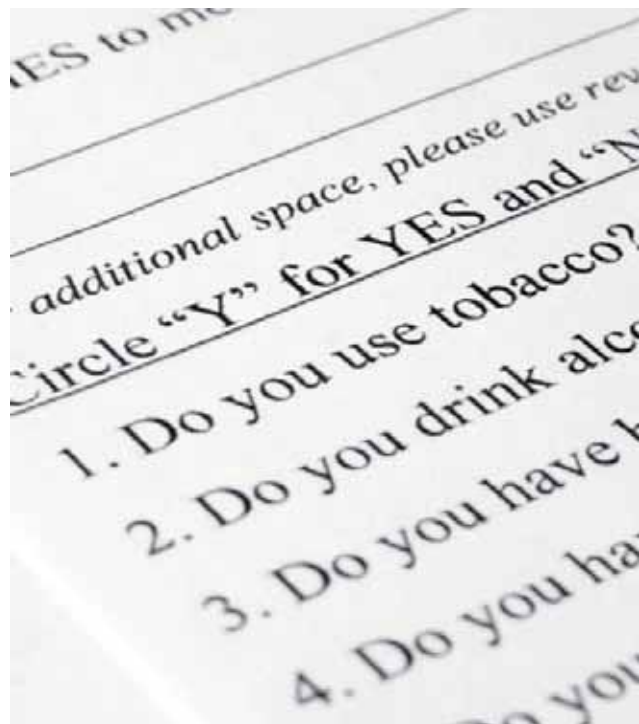
Esta actitud fraudulenta o de engaño, se entiende normalmente como la omisión de la declaración de un hecho relevante para la contratación del seguro y es una condición esencial para el perfeccionamiento legal del contrato. Desde un punto de vista estrictamente legal esto puede resultar muy negativo para el asegurado.

El contrato de seguros se define como un contrato basado en la buena fe, lo que significa que ambas partes se encuentran en el deber de ser totalmente francos. Esto implica la obligación del solicitante de declarar hechos relevantes del riesgo para el que busca cobertura.

Un hecho relevante es aquel que incide en el proceso de selección de riesgos, cuando se decide si aceptar el riesgo y qué términos y condiciones aplicar. Si el solicitante no declara o tergiversa un hecho relevante y esto lleva a aceptar el riesgo propuesto, la respuesta legal es rechazar la póliza.

Siguiendo el planteamiento del “*Financial Ombudsman Service*” inglés y teniendo en cuenta la

La **Autoridad de Servicios Financieros del Reino Unido (FSA)** es el organismo regulador de la industria de servicios financieros, de este país. Desde enero de 2005 también regula las actividades de seguros. Actúa como una entidad independiente y no gubernamental. Se estableció a través de la Ley sobre Mercados y Servicios financieros (*Financial Services and Markets Act*) de 2000, y responde ante los Ministros de Tesorería y el Parlamento. Este organismo público publicó el 14 de enero de 2005 el código de conducta en seguros (***Insurance Code of Business, ICOB***), el cual se encarga de velar por las buenas prácticas del sector. Este organismo cuenta con un intermediario independiente para resolver determinados conflictos, denominado FOS (***Financial Ombudsman Service***).



ley y las buenas prácticas del sector, las disputas relativas a la declaración del riesgo pueden ser derivadas de tres situaciones.

1. El modo en que el asegurador pregunta sobre los riesgos que necesita saber.
2. El modo en el que una respuesta puede influir a la hora de aceptar un riesgo, (*inducement*). Si se hubiera contestado de otra manera el riesgo no se hubiera asumido o se hubiera hecho en otros términos.
3. Sólo si ambas situaciones previas están presentes, nos podemos plantear si la tergiversación del solicitante/asegurado ha sido un error honesto, un intento deshonesto para confundir o hubo un cierto grado de negligencia.

Preguntas claras

La compañía de seguros debe aportar la evidencia de que formula al solicitante preguntas claras. Estas preguntas pueden presentarse de distintas formas:

En un **cuestionario tradicional, en papel**, donde se realizan una serie de preguntas a

las que el asegurado debe contestar por escrito. Si lo hace afirmativamente debe ser preciso tanto en la definición como en la fecha de diagnóstico. Este formato presenta el inconveniente de la limitación del espacio. No se pueden nombrar todas las enfermedades y no se puede preguntar todo lo que se quiere. En ocasiones, la extensión de la pregunta o la terminología empleada en su redacción pueden llevar a la omisión o interpretación errónea de su contenido.

En un **cuestionario telefónico** que queda grabado en el sistema informático. Dependiendo de la compañía aseguradora, este se puede transcribir, imprimir y enviar al asegurado para su firma. Este cuestionario contiene preguntas muy precisas que se amplían en función de la respuesta, siendo muy difícil la interpretación errónea del solicitante. En la mayoría de los casos, este proceso permite la identificación directa del trastorno/alteración o la de la clasificación de la patología que puede generar la solicitud de un informe médico.

En una **pantalla de ordenador, a través de internet**. Este formato suele ser similar al del cuestionario telefónico. Incluye mecanismos de seguridad para que el solicitante

Los cuestionarios de salud pueden ser de tres tipos: físicos o en papel, telefónicos o vía internet



no cambie la respuesta ni experimente con ellas. Al igual que en el apartado anterior, no hay limitación de espacio. El tiempo suele ser la restricción principal. Se buscan preguntas fáciles y concisas que permitan que el asegurado se decida rápidamente por la compra del seguro.

Inducción o influencia

Legamente, el asegurador debe dejar claro que la omisión de respuestas o la tergiversación o inexactitud de las mismas puede llevar al rechazo de la póliza. En el Reino Unido es una práctica habitual el incluir, al principio del cuestionario, un párrafo advirtiendo al solicitante de la posibilidad de anulación de la póliza en caso de omisión de la información en la declaración de riesgos.

La forma en que el solicitante expresa la respuesta puede generar la aceptación de un riesgo que no debería ser aceptado. Por ejemplo, la utilización de ciertos medicamentos de modo preventivo puede llevar a esconder patologías que no se han declarado en otras preguntas.

Esta situación es difícil para el asegurador ya que debe ser el tarificador o selector de riesgos quien solicite información al asegurado para corroborar el contenido de la respuesta.

El estado de ánimo del solicitante

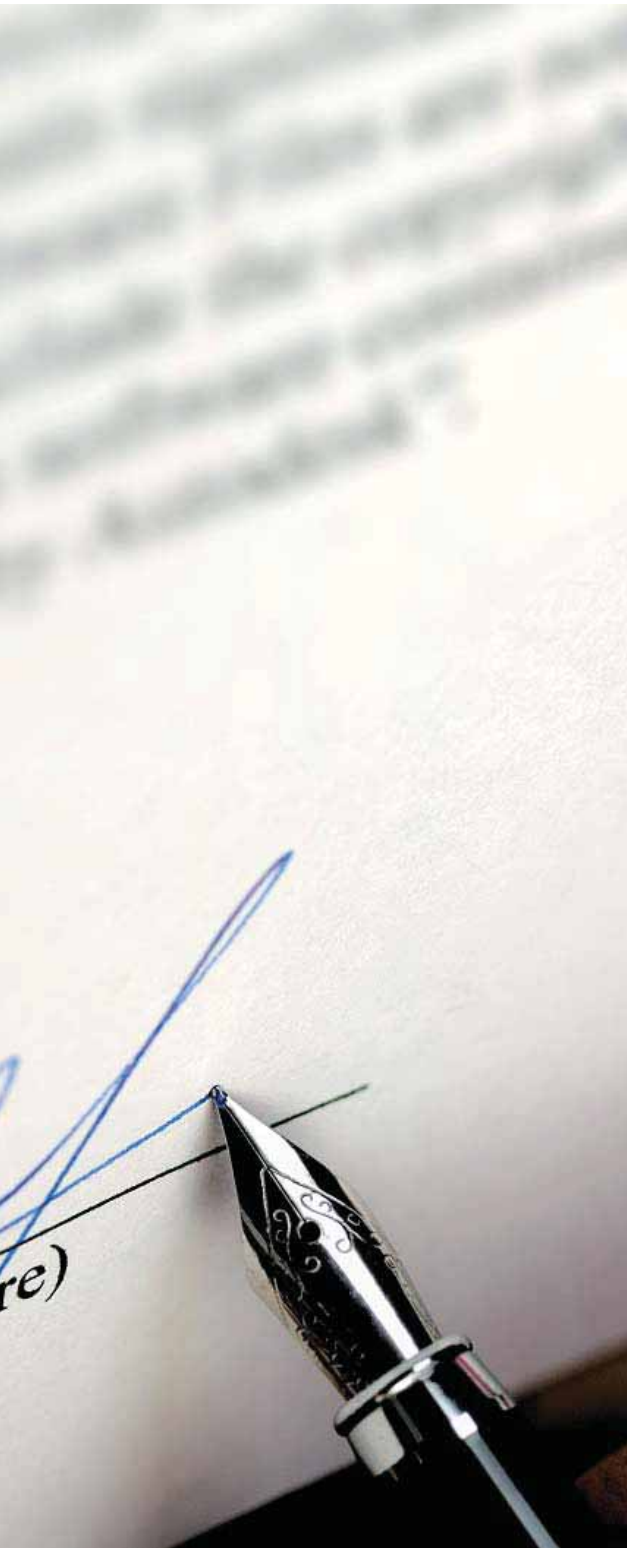
Es importante precisar que no siempre la omisión de la declaración del riesgo incumple el principio de buena fe.

El FOS (*Financial Ombudsman Service*) ha identificado cuatro tipos de omisión de la información en la declaración de riesgos: deliberada, imprudente, inocente y accidental.

Es posible que deliberadamente se omita la información sin ser fraudulento. Aunque la falta de honestidad es un criterio esencial como comentábamos anteriormente, también debe de estar acompañada de engaño, pen-



sado para obtener algo a lo que no se tiene derecho, para ser considerado como fraude. Por ejemplo, un asegurado puede ocultar deliberadamente cierta información que le resulte embarazosa. Aunque haciendo esto se actúe de modo deshonesto y deliberado, el asegurado no actúa necesariamente de modo fraudulento ya que no tiene intención de aprovecharse. Un ejemplo de esta situación es la omisión del consumo real de alcohol, tabaco u otro tipo de sustancias.



Omisión deliberada

El asegurado deliberadamente engaña al asegurador si deshonestamente proporciona información que sabe no es del todo cierta o está incompleta. Si esta deshonestidad tiene el objetivo de engañar al asegurador para obtener una ventaja a la que no tiene derecho, entonces también es un fraude y, desde el punto de vista más estricto, la prima del seguro no debe devolverse. Un ejemplo de

esta situación es la omisión de una patología bien conocida como la diabetes tipo 1 que requiere la inyección diaria de insulina para su tratamiento.

Omisión imprudente

El asegurado incumple el principio de buena fe si engaña al asegurador proporcionando respuestas imprudentes, sin tener en cuenta si dichas respuestas se ajustan a la realidad o no. Un ejemplo sería cuando el candidato firma una declaración de estado de salud en blanco y deja que la rellene otra persona. El cliente ha firmado una declaración donde dice que las respuestas arriba expresadas son verdaderas y responden a su mejor saber y entender pero no sabe cuáles pueden ser estas respuestas.

Omisión inocente

El asegurado actúa de buena fe si la omisión de la información se hace inocentemente. Esta situación puede ocurrir cuando la pregunta es poco clara o ambigua o porque la información pertinente es algo que debiera saber. En estos casos el asegurador no puede rechazar la póliza y, sujeto a los términos y condiciones del contrato, debe pagar el siniestro en su totalidad. Encontramos un ejemplo al omitir una hepatitis ocurrida en la adolescencia que no se ha vuelto a manifestar desde entonces y el asegurado ha olvidado por completo.

Omisión accidental

El asegurado también puede actuar de buena fe si la omisión de la declaración se hace sin darse cuenta. Estos son los casos más difíciles de determinar y conlleva distinguir entre un comportamiento meramente descuidado y otro derivado de la imprudencia. Ambos son una forma de negligencia.

El descuido puede ocurrir cuando el asegurado accidentalmente engaña al asegurador. La situación típica se corresponde con una incorrecta lectura de las preguntas y revisión de las respuestas. Cuando esto ocurre no hay incumplimiento del principio de buena fe. Un ejemplo

Omisión deliberada:
El asegurado deliberadamente proporciona información que sabe no es del todo cierta o está incompleta

Omisión imprudente:
El asegurado proporcionando respuestas imprudentes, sin tener en cuenta si dichas respuestas se ajustan a la realidad o no

Omisión inocente:
Omisión de la información al no considerar su importancia

Omisión accidental:
Omisión de la información de modo involuntario

Fuente: ABI (Asociation of British Insurers/Asociación de Aseguradoras Británicas) Código de Buenas prácticas, enero 2009.

Dolo/Omisión en la declaración	Descripción	Resultado en la presentación del siniestro
Accidental Inocente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El solicitante/asegurado ha actuado de buena fe y razonablemente. ▶ En estas circunstancias, cualquier persona razonable hubiera considerado que la información no era relevante para el asegurador. ▶ La declaración del riesgo hubiera resultado en una tarificación diferente. 	Pago de la totalidad del siniestro
Imprudente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Solo se aplicaría si la declaración del riesgo se hubiera hecho de forma descuidada (carente de una actitud razonable). Esto incluye desde el descuido o un error incomprensible a una negligencia grave. ▶ En estas circunstancias, cualquier persona razonable hubiera tenido conocimiento de que la información no es incorrecta y relevante para el asegurador. ▶ La declaración del riesgo hubiera resultado en una tarificación diferente. 	Pago proporcional
Deliberada	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Solo se aplicaría cuando la falta de declaración del riesgo se hace de forma deliberada y sin ningún cuidado. ▶ En estas circunstancias, y con toda probabilidad, el solicitante/asegurado sabía o debería de haber sabido que la información proporcionada era incorrecta y relevante para el asegurador o que se despreocupó de saber si dicha información era correcta y relevante para el asegurador. ▶ La declaración del riesgo hubiera resultado en una tarificación diferente. 	Rechazo del siniestro y anulación de la póliza



puede ser la no declaración de un problema auditivo causado por una infección y corregido en la actualidad por un audífono.

La legislación, en mercados como el de España, Francia y Reino Unido, LCS, art 10, *Code d'Assurances, L-113-3 y 9* y el *Consumer Insurance (Disclosure and Representations) Act 2012, Schedule 1, section 4(3), part 1*, indica la obligación del solicitante de declarar hechos relevantes del riesgo y proporcionar información correcta y completa.

La resolución del siniestro, en cualquiera de las situaciones anteriores, por parte de la compañía de seguros, puede ser:

1. El rechazo del siniestro ya que, si hubiera declarado el riesgo adecuadamente, la póliza no se hubiera aceptado, pudiendo conllevar la devolución de las primas pagadas.
2. El rechazo del siniestro con la cancelación de la póliza.
3. El pago del siniestro ajustado proporcionalmente a la tarificación que hubiera recibido en caso de contar con toda la información disponible.
4. El pago del siniestro si la omisión de la información no afecta a la garantía.

A pesar de esta clara distinción de las diferentes situaciones que ocurren a la hora de declarar el riesgo, la difícil argumentación técnica deja a criterio de tribunal la consideración de falta grave o dolo por parte del asegurado.

Conclusión

Nos queda todavía mucho camino por recorrer para delimitar claramente la línea entre el dolo y la omisión de la información. Para ello, la industria aseguradora debe mejorar el procedimiento de obtención de la información a través de:

- ▶ Cuestionarios con preguntas bien planteadas, claras y definidas.
- ▶ Advertencias al asegurado sobre la relevancia de la información que aporta. Esto implica no dar por sentado que el solicitante entienda el significado de enfermedad grave,

conozca las complicaciones de su enfermedad y reconozca una enfermedad incurable.

- ▶ Explicaciones sobre las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado y delimitadoras de riesgo (cláusulas de exclusión).
- ▶ Procesos transparentes que mejoren la actuación de los participantes y la transmisión directa de la información relevante para la selección de riesgos.

Bibliografía

Ley del Contrato de Seguros. Ley 50/1980 de 8 de octubre.

Glosario de Términos relacionados con Seguros de Vida Riesgo.

www.santander.com

www.mapfre.com/fundacion/es/centrodocs/diccionario-mapfre-seguros.shtml

www.axa.es

Insurance Contract Law, A Joint Scoping Paper. The Law Commission and The Scottish Law Commission, UK 2006.

Le Code des assurances, Version consolidée au 7 juillet 2012.

Non-disclosure in insurance cases. "Ombudsman News" issue 46 May/June 2005.

The Insurance Code of Business ICOB; FSA Handbook 05/08/2008.

Customer Insurance (Disclosure and Representation) Act 2012 UK government.

ABI Code of Practice. Managing claims for Individual and Group Life, Critical Illness and Income Protection Products. January 2009.

Biomedicina y derecho sanitario, tomo VII Universidad Europea de Madrid, 2010 ISBN: 978-84-937689-2-8.

Declaración del riesgo y enfermedades anteriores a la contratación de un seguro Comentario a la STS, 1ª, de 31.12.2003, a partir de la nueva jurisprudencia del año 2004. Begoña Arquillo Colet, Bufet Castelltort Barcelona.

La industria aseguradora debe mejorar el procedimiento de obtención de la información