Roj: **SAP GR 1626/2026** - **ECLI:ES:APGR:2026:1626**

Id Cendoj: **18087370042026100331**
Órgano: **Audiencia Provincial**
Sede: **Granada**
Sección: **4**
Fecha: **16/09/2026**
Nº de Recurso: **484/2025**
Nº de Resolución: **325/2026**
Procedimiento: **Recurso de apelación**
Ponente: **MARIA CRISTINA MARTINEZ DE PARAMO**
Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SJPI, Granada, núm. 9, 14-01-2025 (proc. 562/2023),**
SAP GR 1626/2026

FONDO DOCUMENTAL

AUDIENCIA PROVINCIAL DE GRANADA

SECCIÓN 4ª

RECURSO DE APELACIÓN Nº 484/2025

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA 9 DE GRANADA

ASUNTO: JUICIO VERBAL Nº 562/2023

MAGISTRADA: SRA. MARÍA CRISTINA MARTÍNEZ DE PÁRAMO

S E N T E N C I A Nº 325/2026

En Granada a 16 de septiembre de 2026

Visto por la Ilma. Sra. Dª. María Cristina Martínez de Páramo, Magistrada de esta Sección Cuarta de la Audiencia Provincial de Granada, actuando como Tribunal unipersonal, en trámite de apelación los presentes autos civiles de verbal nº562/2023, procedentes del Juzgado de Primera Instancia Número 9 de Granada, seguidos entre partes, de una, como apelante **RGA SEGUROS GENERALES RURAL, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS,** representado por el Procurador D. Juan Antonio Montenegro Rubio y defendido por el Letrado D. Joaquín Miguel Moral Teba y de otra, como apelada, **Dª. Juliana ,** representada por la Procuradora Dª Myriam Iglesias Linde, y defendido por el Letrado D. Diego Samuel Martín Díaz; todo ello en virtud del recurso de apelación interpuesto contra Sentencia dictada por el mencionado Juzgado en fecha 14 de enero de 2025.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el mencionado Juzgado se dictó sentencia en fecha 14 de enero de 2025 , cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente:

" Que estimando la demanda formulada por la representación procesal de Dª. Juliana contra la entidad R.G.A. SEGUROS GENERALES RURAL S.A., de Seguros y Reaseguros, debo condenar y condeno a la demandada a pagar a la actora la cantidad de seis mil euros (6.000 euros) en concepto de indemnización, más los intereses legales desde la fecha de interposición de la demanda; con expresa imposición de las costas procesales a la aseguradora demandada. "

SEGUNDO.- Contra la anterior sentencia se interpuso recurso de apelación por la parte demandada mediante su escrito motivado, dándose traslado a la parte contraria; una vez remitidas las actuaciones a la Audiencia Provincial, fueron turnadas a esta Sección Cuarta el pasado día 13/5/2025 y formado rollo, por providencia de fecha 2 de octubre de 2025 se señaló fallo el día 15 de septiembre de 2026 con arreglo al orden establecido para estas apelaciones.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

PRIMERO.-Por la representación de la entidad SEGUROS GENERALES RURAL S.A. fue interpuesto recurso de apelación contra la sentencia dictada con fecha 14 de enero de 2025, por la Sección Civil del Tribunal de Instancia , plaza nº 9 de Granada, en procedimiento de juicio verbal nº 562/2023.

La parte actora, apelada, se opone al recurso, instando la confirmación integra de la sentencia.

SEGUNDO.-Frente a la sentencia estimatoria de la demanda interpuesta por la representación de Dª Juliana , frente a la Cia de Seguros, la demandada, muestra su disconformidad en esta alzada, basando como único motivo del recurso interpuesto error en la valoración de la prueba e infracción de los arts. 4 aptdo. 11 del condicionado general del contrato de seguro y el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

TERCERO.- La parte recurrente articula el motivo del recurso de apelación sobre la base de un pretendido error en la apreciación de la prueba en que, a su entender, ha incurrido la Juzgadora de Instancia.

La cuestión controvertida suscitada en 1ª Instancia y reproducida en la alzada, se concreta en relación a la cobertura del siniestro y en si la asegurada, ahora parte apelada, infringió dolosamente o por culpa, en el momento de la suscripción del contrato de seguro objeto de litis, el deber de declaración del riesgo previsto en el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro , y en consecuencia, si procedería aplicar la sanción prevista en dicho artículo, consistente en liberar a la demandada del pago del capital asegurado.

En relación a la cobertura, la sentencia analiza la misma para concluir como : *"La incapacidad temporal de la asegurada viene determinada pues, por la intervención quirúrgica de prótesis de cadera, estando incluida en la cobertura de la póliza de seguro,concretamente, en el apartado 820 del "baremo de indemnización para la garantía de incapacidad temporal", no siendo de aplicación el artículo 4 de las condiciones generales previsto para las enfermedades crónicas, pues como expresa el perito Sr. Adrian , la artrosis aparece en todas las personas a partir de los 30 años aproximadamente por desgaste óseo o porque el crecimiento óseo se frena a los 22/23 años, comenzando a partir de entonces la artrosis o desgaste óseo. (...)*

En definitiva, la coxarcosis que da lugar a la prótesis de cadera y consiguiente incapacidad temporal no puede ser considerada como enfermedad crónica incluida entre los riesgos excluidos de la cobertura del seguro."

Pues bien la parte apelante, no muestra su conformidad con el hecho que considera equivocado en la sentencia, referido a que: *<<La incapacidad temporal de la asegurada viene determinada pues, por la intervención quirúrgica de prótesis de cadera>>.*

Para inaplicar el contenido del artículo 4, apartado 11 del condicionado general, la Juzgadora *"a quo"* determina que: *<<La coxarcosis que da lugar a la prótesis de cadera y consiguiente incapacidad temporal no puede ser considerada como enfermedad crónica incluida entre los riesgos excluidos de la cobertura del seguro>>.*

El Tribunal hace suyos los fundamentos esgrimidos por la juzgadora de instancia habida cuenta que, efectivamente, es la *intervención quirúrgica* **-la artroplastia-** que es una cirugía para reemplazar toda o parte de la articulación de la cadera con una articulación artificial que se denomina prótesis, el motivo por el que se determinó la incapacidad temporal y no existe por tanto contradicción alguna en los fundamentos de la juez "a quo" como se afirma por la apelante.

El perito Dº Adrian , explica la ausencia de antecedentes médicos, basándose en la documentación médica aportada al procedimiento, negó que existiera relación causal alguna, pues conforme se recoge en los informes de mayo y julio de 2019 (documento núm. 6 de la demanda), se le diagnosticó ciatalgia y las pruebas de imagen realizadas a la paciente pusieron de manifiesto la ausencia de hallazgos patológicos significativos en la columna lumbosacra, sin anomalías de tipo alguno.

El art. 4, apartado. 11 de la póliza de seguro, al que se refiere la juzgadora, si se excluye cualquier enfermedad previa crónica o no, la exclusión de cobertura devendría siempre, habida cuenta que la artrosis aparece en todas las personas a partir de los 30 años, tal y como explicó el perito, y si se considera que ya existe en el baremo la cobertura por fractura-luxación de cadera, en el apartado 820. En suma, la pretendida cobertura estaría vacía de contenido en todos los casos.

CUARTO.-El art. 10 de la LCS establece que: *"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 el conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él".*

A dicha obligación del tomador se refiere la jurisprudencia, por todas, la STS de 15-11-2007 al señalar: *"El artículo 10 de la Ley de contrato de Seguro regula el deber de declaración del riesgo, como obligación*

fundamental del tomador para que el asegurador pueda conocer con exactitud el riesgo objeto de cobertura. Su alcance y consecuencias han sido configurados por esta Sala, en sentencias, como la de 1 de Julio de 2006 , que literalmente establece que: "A través del deber de la declaración del tomador del seguro de las circunstancias que delimitan el riesgo que se quiere que sea cubierto por el asegurador, aflora de manera nítida el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe. En efecto, se debe que siendo tan importante la delimitación del riesgo, esta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quién únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. El asegurador, sólo con mucha dificultad y dentro de un ámbito limitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores. Éstos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurador. El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro , ubicado dentro del Título I referente a las Disposiciones Generales aplicables a toda clase de seguros, ha concedido más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se le pregunta por el asegurador, ya que éste, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estimen oportunos. Concepción que se ha aclarado y reforzado, si cabe, con la modificación producida en el artículo 1º de este artículo 10, al añadirse el último párrafo del mismo que dice que: "quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trata de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él". El cambio operado en la concepción de este deber de declaración del riesgo respecto a la que prevalecía en el Código de Comercio ha alterado sustancialmente la normativa anterior. El artículo 10, en lugar de concebir de una forma general y abstracta los limites del deber del tomador de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, ha acotado este deber limitándolo a la contestación del cuestionario que le somete el asegurador. Aparece así, como ha quedado dicho, no un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario que tiene su precedente en el derecho suizo. *"A diferencia del artículo 381 del Código de Comercio , en el que el asegurado estaba obligado a decir que todo lo que sabía sobre el riesgo y también a decir exactamente todo lo que dice, el artículo 10 circunscribe el deber de declaración al cuestionario que el asegurador someta al presunto tomador del seguro. El deber de declaración se infringe cuando el riesgo que ha sido descrito y que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diverso del riesgo real. Esta infracción resulta de un hecho objetivo, cual es esa diferenciación entre la situación representada y la real (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de noviembre de 1993 y 28 de octubre de 1998)".*

Pasamos a examinar el cuestionario de salud, integrado en la póliza.

La declaración de salud incorporada a la póliza de seguro en la que con carácter genérico se le preguntó únicamente, *"si se encuentra en la actualidad en situación de baja laboral por enfermedad o accidente , o tiene concedida alguna minusvalía o invalidez o incapacidad, o está en proceso de tramitación";* si *"está en la actualidad bajo algún tratamiento o control médico por algún tipo de enfermedad o padece alguna enfermedad crónica, defecto físico o secuela"* y si *"está a la espera de resultado de algún diagnóstico, consulta médica, resultado de estudio o prueba médica, o está a la espera de ser hospitalizado".* A estas tres preguntas la asegurada respondió negativamente.

La STS nº 1573/2025, de fecha 14 de noviembre de 2023 (R. Casación 2639/2019), concretamente en el Fundamento de Derecho Cuarto (...) fundamenta: *"En cuanto al dolo o culpa grave, como precisó la sentencia 333/2020, de 22 de junio , y desde entonces viene reiterando la jurisprudencia de esta sala (en este sentido la reciente sentencia 912/2023, de 8 de junio), lo determinante de la liberación del pago de la prestación a cargo del asegurador no es la mera inexactitud en las respuestas del asegurado, sino el dolo o la culpa grave, es decir, "la inexactitud intencionada o debida a una culpa o negligencia de especial intensidad".*

Siendo ello así, la falta de idoneidad del cuestionario resulta patente, no existiendo pregunta alguna conducente a que la asegurada pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por ella o que pudiera conocer se refería la compañía, como acertadamente se recoge en la sentencia objeto de recurso (Fundamento de Derecho Tercero).

Por otra parte, si atendemos a la STS 333/2020, de 22 de junio, en dicha resolución se descartó que el asegurado hubiera incurrido en dolo o culpa grave, razonando, en lo que interesa, que las preguntas que se formularon al asegurado para conocer su estado de salud fueron excesivamente genéricas, estereotipadas [...], como así acontece en el supuesto que nos ocupa.

En definitiva, no existió ocultación dolosa por parte de la asegurada, ni culpa grave, como se afirma por la apelante.

De cualquier modo, las pruebas practicadas no demuestran la reticencia dolosa o la culpa grave de la actora, para que la aseguradora de acuerdo con el Art. 10,3º de la LCS, quede exonerada del pago de la prestación. Es decir, no aparece acreditado el ánimo de ocultación de las circunstancias relativas a su capacidad laboral.

La póliza de seguro nº NUM000 de seguro de incapacidad temporal RGA ITAutónomos, se suscribió el 23 de diciembre de 2020.

La actora, se dio de baja laboral el 9 de mayo de 2022 por "coxartrosis de cadera izquierda, pendiente de artroplastia", sometiéndose el 25 de julio de 2022 a una intervención quirúrgica de prótesis de cadera izquierda por coxalgia izquierda con displasia de cotilo en la que se le realizó una artroplastia total de cadera izquierda. El 16 de diciembre de 2022 recibió el alta médica.

La displasia de cadera y coxarcosis apreciada en noviembre de 2019, que efectivamente consta en la solicitud de consulta del especialista de fecha 5 de octubre de 2021 se indicaba que: *"fue vista por este servicio por última vez en noviembre de 2019 por displasia de cadera y coxartrosis izquierda en tratamiento conservador que ahora refiere recrudecimiento de sintomatología."*

Al momento de la firma de la póliza de seguro, la actora, presentaba una sintomatología paliada con su tratamiento conservador por lo que no pudo considerar en ese instante, que la coxarcosis inicialmente diagnosticada por el médico de atención primaria, tuviera cabida dentro de las cuestiones que se le planteaban, así como tampoco, pudo ser consciente de la relación o incidencia que pudiera tener esa coxarcosis, con la necesidad de la intervención quirúrgica, que determinó el periodo de I.T. reclamado.

Procede la confirmación de la sentencia.

QUINTO.-Las costas de esta alzada se rigen por los arts. 398 y 394 de la L.E.C.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación, este Tribunal.

FALLO

Este Tribunal ha decidido confirmar la sentencia dictada con fecha 14 de enero de 2025, por la Sección Civil del Tribunal de Instancia , plaza nº 9 de Granada, en procedimiento de juicio verbal nº 562/2023, con expresa condena en costas a la parte recurrente.

Procede dar al deposito constituido el destino legal.

Contra esta resolución no cabe recurso ordinario alguno.

Notificada que sea la presente resolución remítase testimonio de la misma, en unión de los autos principales al Tribunal de Instancia, interesando acuse de recibo.

Así, por esta sentencia, definitivamente juzgando, la pronuncio, mando y firmo.

"La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda. Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes".

FONDO DOCUMENTAL CENDOJ