



# doctrina

## Seguros de vida e incapacidad. Cuestionario previo de salud y agravamiento del riesgo. Análisis jurisprudencial

**Marisa Delgado Utrera**  
Magistrada de Audiencia Provincial  
de Almería

### SUMARIO

- I. APROXIMACIÓN AL CONTRATO DE SEGURO. ARTÍCULO 10 DE LA LEY 50/1980, DE 8 DE OCTUBRE
- II. CUESTIONARIO DE SALUD. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 10 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO
- III. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

## I. APROXIMACIÓN AL CONTRATO DE SEGURO. ARTÍCULO 10 DE LA LEY 50/1980, DE 8 DE OCTUBRE

La Ley del Contrato de Seguro, en su redacción actual, define en su **artículo 1** el contrato de seguro como 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.

Históricamente la aparición de la Ley 50/80 supone un hito frente al desequilibrio existente entre el ciudadano como contratante particular frente a una parte contratante más poderosa, en un momento en el que la protección del consumidor no se consideraba, como en la actualidad, esencial de la normativa y jurisprudencia aplicables, tendentes en todo caso a su protección, pues no fue hasta el año 1984 cuando llegó la tan relevante Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, Ley 26/84, de 19 de julio, casi omnipresente hoy en día, en gran cantidad de litigios de muy diversa índole.

Y es en ese contexto cuando se redacta el tan analizado artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, precepto al que la jurisprudencia, en concreto nuestro Alto Tribunal, ha dedicado especial interés, al ser el mismo de gran trascendencia en el articulado de una Ley, como ya he referido, novedosa y que regula una relación entre aseguradora-asegurado, que hasta ese momento se evidenciaba como dispar.

En el seno de esa regulación aparece el referenciado artículo 10 de la ley de Contrato de Seguro, en el cual se establecen una serie de extremos y pautas, de gran relevancia, que son las que definen en el momento del aseguramiento la existencia de un cuestionario previo de salud, que ha de ser respondido por el tomador del seguro en atención a delimitar el riesgo asegurado.

El art. 10 de la Ley del Contrato de Seguro establece: *“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.*

*El tomador de un seguro sobre la vida no está obligado a declarar si él o el asegurado han padecido cáncer una vez hayan transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Una vez transcurrido el plazo señalado, el asegurador no podrá considerar la existencia de antecedentes oncológicos a efectos de la contratación del seguro, quedando prohibida toda discriminación o restricción a la contratación por este motivo”. Este último párrafo es añadido por el Real Decreto-Ley 5/2023 de 28 de junio.*

## II. CUESTIONARIO DE SALUD. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 10 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

### Deber de declarar todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo

Vamos a volver al análisis del cuestionario de salud previo analizando parte a parte el referido artículo 10 de la LCS.

Impone el precepto al tomador una obligación genérica de declarar al asegurador **TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS POR ÉL CONOCIDAS** que puedan influir en la valoración del riesgo.

En relación con el deber de declarar todas las circunstancias que pudieran influir en la concreción del riesgo y la trascendencia a tales efectos del cuestionario o declaración de salud a través del cual se plasma en la práctica aquella obligación, la STS de 31 de mayo de 2004 (ponente Sr. Corbal), resume la doctrina jurisprudencial sobre este punto: “La jurisprudencia



de esta Sala resulta acorde al imponer al contratante el deber de declarar con la máxima buena fe todas las circunstancias -en este caso su estado de salud- que delimitan el riesgo, por ser datos trascendentales, es decir que pueden resultar influyentes a la hora de concertar el seguro (SS. 31 de diciembre de 2.001, 18 junio y 26 de julio de 2.002 , y cita). Es cierto, que, si la entidad aseguradora no exige el cuestionario [o declaración correspondiente] debe pechar con las consecuencias (SS., entre otras, 23 de septiembre de 1.997, 22 de febrero y 7 de abril de 2.001, 17 de febrero de 2.004), porque [en el régimen de la LCS] no hay propiamente un deber de declaración, sino de respuesta del tomador acerca de lo que le interesa de él al asegurador y que le importa a efectos de valorar debidamente el riesgo, como la concurrencia de aquellos otros extremos que sean de interés (SS., ente otras, de 11 de noviembre y 2 de diciembre de 1.997 y 22 de febrero de 2.001).

El art. 10 LCS, en lugar de concebir de una forma general y abstracta los límites 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, 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 todo lo que sabía sobre el riesgo y también a decirlo de forma exacta, 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 (SSTS de 25 de noviembre de 1993 y 28 de octubre de 1998).

El art. 89 LCS establece una remisión expresa a las disposiciones generales de la ley (art. 10) para el caso de reticencias o inexactitudes en las declaraciones del tomador que influyan en la estimación del riesgo. En los supuestos donde la inexactitud o reticencia no tiene su origen en el dolo ni en la culpa grave del tomador,

sino únicamente en una culpa leve, si el asegurador no optó en plazo por la rescisión (plazo que el artículo 89 fija en un año para los **seguros de vida**), procedería la reducción proporcional de la prestación, (STS de 1 de junio de 2007). Caso de acreditarse que el tomador ha actuado con dolo o culpa grave, el asegurador queda liberado de su obligación (STS de 15 de noviembre de 2007).

Sobre el particular, recordar que la importancia que, en los **seguros de vida**,

tiene la **salud** del candidato a asegurado a fin de que la aseguradora pueda estimar el riesgo, explica que el artículo 89 LCS se remita, en caso de reticencia o inexactitud en las respuestas dadas al **cuestionario de salud**, a las disposiciones generales de la misma Ley y, en concreto, a su artículo 10, que sanciona tal deficiente cumplimiento del deber de declarar *lo que conozca de lo que se le pregunte* y sea influyente para la valoración del riesgo, con la liberación de la aseguradora del pago de la prestación en el caso de que el declarante hubiera actuado con dolo o culpa grave.

Pero la violación del deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos, pues no se trata solamente de calificar la conducta del declarante como de buena o mala fe, sino, además, de atenerse el Tribunal a si la misma viene a frustrar la finalidad del contrato para su contraparte, al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le lleve a celebrar un contrato que no hubiera concertado en las mismas condiciones, de haber conocido la situación real del riesgo, distinta de la declarada (SSTS de 25 de noviembre de 1993, 27 de octubre de 1998, 31 de mayo de 2004 y 17 de octubre de 2007).

Situados en estos términos, se ha dicho que no se infringe el deber de informar si el asegurado responde de forma vaga a preguntas estereotipadas acerca de la **salud** general que presenta el asegurado en el momento de suscribir el **seguro**, en la que no se concretaban preguntas relevantes acerca de la determinación del riesgo objeto de cobertura. En estos casos, no hay infracción del deber de informar, a pesar de que el asegurado oculte una enfermedad grave (STS 157/2016, de 16 de marzo). (...).

Por el contrario, cuando el asegurado recibiera una pregunta clara tal que si padecía unas patologías concretas (cardíacas, circulatorias, oncológicas, infecciosas del aparato digestivo o endocrinas -diabetes-) que además hubiera

precisado tratamiento médico, y el asegurado sea reticente, se excluye la obligación de indemnizar, si hay constancia de que el asegurado ha ocultado la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que debía percibir como objetivamente influyentes para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas (STS 72/2016 de 17 de febrero y 726/2016 de 12 de diciembre)."

La jurisprudencia no exige una forma especial para lo que el art. 10 LCS denomina "cuestionario" (según la segunda de las acepciones del Diccionario de la RAE, que resulta la más adecuada aquí, es una "lista de preguntas que se proponen con cualquier fin"), por lo que no se contradice la doctrina legal dándole plena eficacia a la "Declaración Estado Salud" que figura impresa en la póliza firmada por el asegurado, y en tal sentido se orientan entre otras Sentencias las de 24 de junio de 1999 y 2 de abril de 2001. Finalmente debe tenerse en cuenta, de conformidad con las Sentencias de 25 de noviembre de 1993 y 27 de octubre de 1998, entre otras, que "en cualquier caso la violación del deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos; de manera que no se trata solamente de calificar la conducta del declarante asegurado como de buena o mala fe, sino sobre todo atenerse el Tribunal a la objetividad de si la conducta del asegurado o tomador del seguro viene a frustrar la finalidad del contrato para su contraparte al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le viene a desorientar e impulsar a celebrar un contrato que no hubiera concertado de haber conocido la situación real del tomador del seguro o al menos si éste le hubiera manifestado todas las circunstancias que conocía. (...) Como la doctrina científica afirma razonablemente, la violación resulta de un hecho puramente objetivo: el riesgo declarado y tenido en cuenta a la hora de la perfección del contrato es diverso al riesgo real que existía en aquel momento".

### Validez formal y material del cuestionario

Sobre la validez formal del **cuestionario**, la jurisprudencia (p.ej. SSTS 378/2020, de 30 de junio, y 638/2020, de 25 de noviembre) viene declarando que "la eficacia del **cuestionario de salud** a los efectos del art. 10 LCS no depende, ni de la forma que revista, ni de quien lo cumplimente materialmente (tomador o un empleado de la aseguradora o de la entidad que actuara por cuenta de ella -como ocurre normalmente con **seguros** vinculados a préstamos, con el

personal de la entidad bancaria, a veces del mismo grupo), sino de que el **cuestionario** se redacte con las respuestas facilitadas por el tomador/asegurado. De manera que lo verdaderamente relevante para descartar la infracción del deber de declarar el riesgo por parte del tomador es que, “por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del **seguro** no fue preguntado por esa información relevante” (sentencias 72/2016, de 17 de febrero; 726/2016, de 12 de diciembre; 562/2018, de 10 de octubre; y 222/2017, de 5 de abril”).

### Generalidad del cuestionario. Consecuencias para la aseguradora.

**En definitiva, la falta de concreción del cuestionario debe operar en contra del asegurador, pues a este incumben las consecuencias de la presentación de una declaración o cuestionario de salud excesivamente ambiguo o genérico, ya que el art. 10 LCS, en su párrafo primero, exonera al tomador-asegurado de su deber de declarar el riesgo tanto en los casos de falta de cuestionario cuanto en los casos, como el presente, en que el cuestionario sea tan genérico que la valoración del riesgo no vaya a depender de las circunstancias comprendida en él o por las que fue preguntado el asegurado.**

Sobre su validez material, esta jurisprudencia también precisa que 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” (STS 333/2020) y, en cuanto a la relevancia de la relación causal entre el dato omitido y el riesgo cubierto (STS 345/2020, con cita, entre otras, de las SSTS 323/2018 de 30 de mayo, y 53/2019, de 24 de enero), que el incumplimiento del deber de declaración leal del art. 10 LCS precisa que concurren los siguientes requisitos según reitera la STS 681/2023, de 8 de mayo:

“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”.

Como ha declarado la STS 323/2018: “lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas que se formularon al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud que él conociera o no pudiera desconocer se referían, es decir, si las preguntas que se le hicieron le permitieron ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo”.

En cuanto a dicha validez material del cuestionario en atención a su contenido, para apreciar la existencia de ocultación dolosa o, cuanto menos, gravemente negligente, se ha de comprobar si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían.

En este caso, por la similitud de circunstancias concurrentes, debe estarse particularmente a la doctrina contenida en las citadas SSTS 37/2019, 621/2018, 563/2018, 273/2018, 542/2017, 726/2016, y 72/2016, que, como recuerda la STS 7/2020: “declararon la existencia de ocultación dolosa o, cuando menos, gravemente negligente (sentencia 542/2017), atendiendo no solo al hecho de que en algunos de esos casos el cuestionario no era impreciso (porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas) sino también a que en otros casos, pese a la generalidad del cuestionario, existían “suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar” (sentencia STS 621/2018, con cita de la STS 542/2017)”. Ello es así porque se ocultaron patologías previas por las que el asegurado fue expresamente preguntado a través de preguntas concretas, en ningún caso genéricas o ambiguas, objetivamente influyentes para el riesgo que la aseguradora quería contratar (cuyo conocimiento y valoración podría haber determinado que no suscribiera el contrato o que lo hiciera en otras condiciones más onerosas para el tomador)”.

La referida jurisprudencia puede llevar a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración- **cuestionario**, siendo conveniente recordar que, en función de las concretas circunstancias concurrentes, esta sala ha apreciado la infracción del deber de declaración del riesgo tanto en virtud del carácter no impreciso del **cuestionario** -porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas- como también, pese a su generalidad, en virtud de la existencia de “suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar el riesgo” (STS 542/2017, de 4 de octubre, y posteriores).

Por lo que respecta al nexo causal entre los antecedentes de **salud** omitidos y el riesgo cubierto, también debe recordarse que cuando no es posible conocer con absoluta certeza cuál fue la causa mediata de la muerte, acudiendo a un juicio de probabilidad cualificada, se puede considerar, en ocasiones, que basta con la existencia de una base *fáctica que permita al tribunal “apreciar con un grado de convicción suficiente la influencia decisiva que tuvieron los antecedentes de **salud** ocultados”*.(...)

En consecuencia, para la jurisprudencia la obligación del tomador del seguro de declarar a la aseguradora, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, se cumple “*contestando el cuestionario que le presenta el asegurador, el cual asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta*” (STS de 4 de diciembre de 2014 que cita las SSTs 25 de octubre de 1995; 21 de febrero de 2003; 27 de febrero de 2005; 29 de marzo de 2006; 17 de julio de 2007).

La reciente STS de 27 de octubre de 2023, con remisión a muchas otras de la Sala, sintetiza:

i) que 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 su no presentación 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;

ii) que el asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber de respuesta por la sola circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal (pueden incluso ser cumplimentado por representante, lo cual, en determinadas circunstancias no excluye el dolo del asegurado STS 273/2018);

iii) que el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia, admitiéndose también como cuestionario las “declaraciones de salud” que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza;

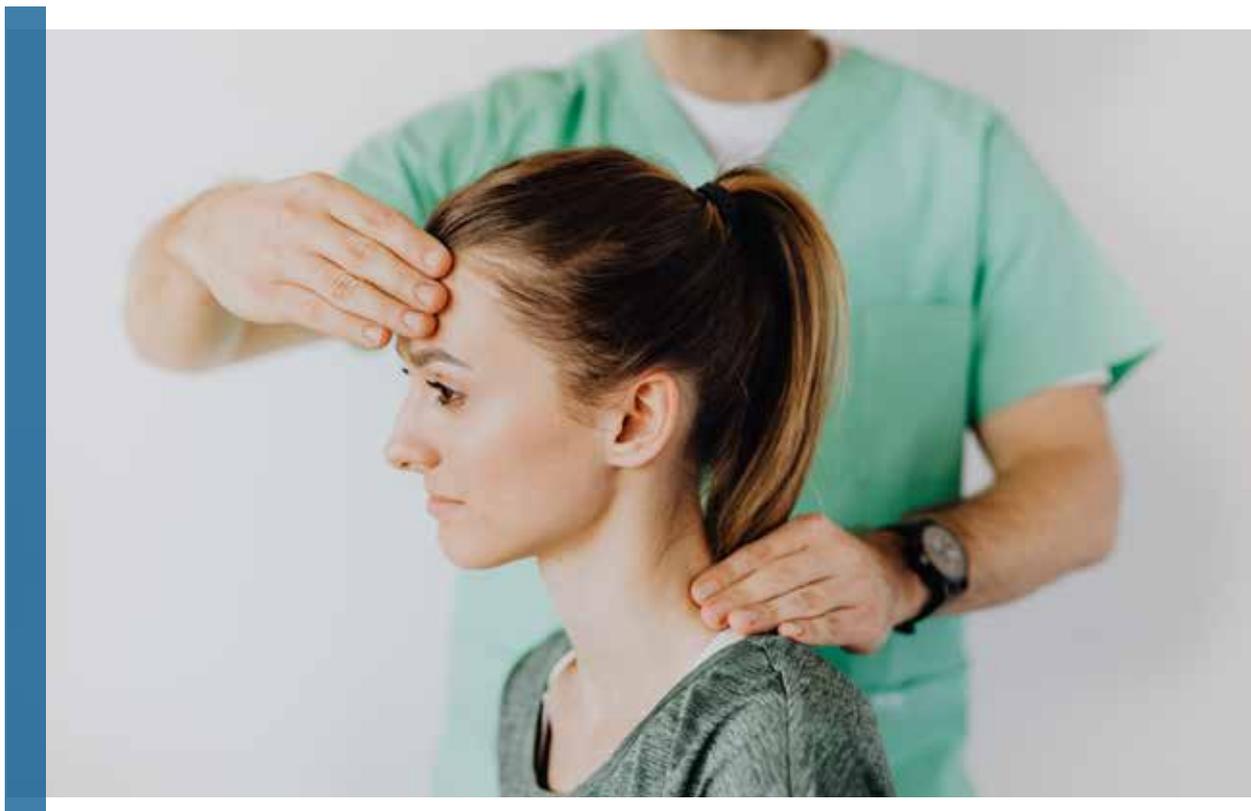
iv) y que lo que se debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro”.

No obstante, *la ausencia de **cuestionario**, o la falta de pregunta al respecto de una determinada circunstancia que pueda influir de manera relevante en la valoración del riesgo, ha de ser soportada por el asegurador, sin que pueda jugar en contra del asegurado*. Y, además, la constatación de que fue el agente de **seguros** el que rellenó el **cuestionario**, limitándose el asegurado a firmar, equivale a la falta de presentación, sin que pueda seguirse consecuencia alguna contra el asegurado (SSTS de 31 de mayo de 1997, 6 de abril de 2001, 31 de diciembre de 2003 y 4 de abril de 2007).

### Consecuencias del incumplimiento del deber de declarar

Configurado así este deber, según la citada STS de 4 de diciembre de 2014, las consecuencias de su incumplimiento son las establecidas en el artículo 10 II LCS y consisten en:

“a) La facultad del asegurador de rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitudes del tomador del seguro.



b) La reducción de la prestación del asegurador <proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Esta reducción se produce únicamente si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión.

c) La liberación del asegurador del pago de la prestación. Este efecto solo se produce, según el artículo 10 II, último inciso, LCS, si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro”.

Por tanto, sigue diciendo la STS de 4 de diciembre de 2014, mientras que la *“reducción de la prestación del asegurador no exige que concurren circunstancias de dolo o culpa grave del tomador del seguro, sino sólo la existencia de reticencias o inexactitudes en la declaración, y, en virtud del principio de rogación procesal, según la jurisprudencia consolidada de esta Sala (en contra, STS de 12 de abril de 2004), que el asegurador ejercite la pretensión en el momento procesal oportuno (SSTS de 7 de junio de 2004; 15 de julio de 2005)”*, por el contrario *“la facultad del asegurador de rechazar el siniestro y de liberarse de la obligación de indemnizar solamente puede ejercitarse en caso de que en la declaración previa de riesgos haya mediado dolo o culpa grave por parte del tomador del*

*seguro...”, concurriendo dolo o culpa grave” en las declaraciones que tienen como finalidad el engaño del asegurador, aunque no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte (arts. 1260 y 1261 CC, y en las declaraciones efectuadas con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario”.*

A la luz de esta doctrina podemos circunscribir todo lo dicho a la discusión a dos extremos: primero, dilucidar si la entidad aseguradora inquirió realmente, a través del cuestionario aportado o por cualquier otro medio, cuál era el estado de salud de la persona con la que se proponía contratar; y, segundo, en caso afirmativo, en qué medida las respuestas ofrecidas responden o no a la verdad y pudieron crear una apariencia errónea sobre la estimación del riesgo asegurado que afectara la formación de la voluntad de la aseguradora, induciéndole a suscribir un contrato que de otro modo no habría celebrado que habría formalizado en condiciones distintas.

### III. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El artículo 11 de la LCS estipula: *“1. El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegura-*

*dor, 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*". (modificado por la Ley 20/2015 de 14 de julio).

Verdaderamente ilustrativa al respecto es la STS 1373/2008, de 4 de enero.

El art. 11 LCS impone al tomador o asegurado la obligación de comunicar al asegurador las circunstancias que determinen un incremento del riesgo relevante para el aseguramiento. Está en una cierta relación con el art. 10 LCS, pues es el asegurador el que ha acotado las circunstancias que considera relevantes para determinar el riesgo asegurado cuando somete el cuestionario al asegurado y, por ende, el deber posterior de éste de comunicar el agravamiento del riesgo está ceñido, en principio, a aquellas circunstancias sobrevenidas que dejan sin contenido o privan de vigencia a la declaración formulada en el cuestionario.

A su vez, el deber que impone el art. 11 LCS está sometido en el seguro de vida a determinadas limitaciones. Una de ellas deriva de que no abarca el agravamiento de la salud del asegurado, pues dicha circunstancia no comporta un incremento del riesgo objeto del seguro, que es el de fallecimiento, valorado según las circunstancias concurrentes en el momento de la perfección del contrato, sino el aumento de la probabilidad del siniestro, que comprende el deterioro posterior de la salud que puede causar el fallecimiento y forma parte del contenido aleatorio del contrato. Otra limitación radica en que ha de tratarse de circunstancias que determinen un incremento del riesgo, y, en consecuencia, de circunstancias no concurrentes en el momento de la perfección del contrato.

De estas limitaciones se desprende que la obligación del art. 11 LCS, en relación con las cir-

cunstancias relativas a la salud del paciente, abarca aquellas que sean relevantes para la determinación del riesgo y que objetivamente existían y debían ser conocidas, en condiciones normales, en el momento de la perfección del contrato, pero lo fueron en un momento posterior. En efecto, el conocimiento posterior de una circunstancia de esta naturaleza comporta un incremento del riesgo valorado en el momento de la perfección del contrato, pero no un agravamiento de la salud del asegurado posterior a este momento.

Otra restricción radica en la limitación temporal impuesta al asegurador para impugnar el contrato en caso de inexactitud por el art. 89 LCS. Esta limitación convierte el contrato en incontestable por el asegurador cuando transcurre **un año** desde su conclusión, salvo que exista dolo por parte del tomador del seguro o asegurado. De esta limitación se infiere que el asegurado no está obligado a comunicar las circunstancias que determinen una agravación del estado de su salud de las que tenga conocimiento cuando haya transcurrido un año a partir de la perfección del contrato (aunque hubieran sido objetivamente cognoscibles en condiciones normales en este momento), pues en tal caso el asegurador sólo puede ejercer sus facultades de rescisión o reducción de la prestación si demuestra que ha existido mala fe por parte del asegurado, ya que, según declara reiteradamente la jurisprudencia, dispuso de la posibilidad de efectuar reconocimientos médicos durante el expresado plazo, cabe suponer que con la finalidad de averiguar aquellas circunstancias de riesgo que, aun siendo desconocidas para el tomador, debían ser conocidas en condiciones normales en el momento de la perfección de la póliza.

Por ejemplo, si el asegurado tuvo conocimiento de dicha circunstancia por medio de un diagnóstico formulado antes de la fecha de emisión de la póliza y, en consecuencia, aun cuando no incurrió en omisión intencional que le fuera imputable al rellenar o responder al cuestionario con arreglo al art. 10 LCS, no puede desconocerse el elemento de intencionalidad ínsito en la acción de omitir poner en conocimiento de la aseguradora una grave enfermedad de la que había sido diagnosticado en un momento anterior a la fecha de emisión de la póliza en que aparece firmada.