

**RETICENCIA Y FALSEDAD
EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO.
BUENA FE, PATOLOGÍA CONTRACTUAL Y EVOLUCIÓN
JURISPRUDENCIAL EN COSTA RICA**

*NON-DISCLOSURE
AND MISREPRESENTATION IN DECLARING THE RISK.
GOOD FAITH, CONTRACT PATHOLOGY, AND CASE
LAW EVOLUTION IN COSTA RICA*

*NEFTALÍ GARRO ZÚÑIGA**

Fecha de recepción: 27 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 15 de febrero de 2024

Disponible en línea: 30 de junio de 2024

Para citar este artículo/To cite this article

GARRO ZÚÑIGA, Neftalí. *Reticencia y falsedad en la declaración del riesgo. Buena fe, patología contractual y evolución jurisprudencial en Costa Rica*, 60 Rev.Ibero-Latinoam.Seguros, 67-88 (2024). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ris60.rfdr>

doi:10.11144/Javeriana.ris60.rfdr

* Abogado costarricense graduado de la Universidad de Costa Rica (1998). Maestría en Derecho de Seguros (LL.M.) de la Universidad de Connecticut, Estados Unidos (2000). Profesor de los cursos ‘*Derecho de Seguros*’ en la Facultad de Derecho y ‘*Comercialización de Seguros*’ en la Facultad de Ciencias Económicas, ambas de la Universidad de Costa Rica. Presidente de la Junta Directiva de la Asociación Costarricense de Derecho de Seguros y las Fianzas (ACODES – capítulo costarricense de la *Association Internationale de Droit des Assurances* – AIDA). Miembro del Consejo de Presidencia de AIDA. Vicepresidente del Grupo de Trabajo de Comercialización de Seguros del Comité Ibero-Latinoamericano de AIDA (CILA). Miembro del Consejo Directivo de ARIAS – LatAm. Socio del bufete centroamericano BLP y director de su Práctica de Seguros y Reaseguros. ngarro@blplegal.com Ponencia presentada en las VI Jornadas de Derecho de Seguros organizadas por ACODES en San José, Costa Rica, los días 23 y 24 de noviembre de 2023.

RESUMEN

Este artículo analiza la cuestión de la declaración del riesgo en el contrato de seguro y en particular los efectos de la declaración reticente o falsa, a la luz del ordenamiento jurídico costarricense. Busca esquematizar la normativa aplicable para que sea fácilmente aplicable por los operadores jurídicos. Analiza la jurisprudencia asociada a las normas relevantes de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro en materia de declaraciones reticentes o falsas. Reseña la principal doctrina que puede extraerse de dicha jurisprudencia.

Palabras clave: anulabilidad, buena fe, falsedad, reticencia, riesgo, vicio de la voluntad

ABSTRACT

This article analyzes the issue of declaring the nature of the risk in insurance contracts and particularly the effects of misrepresentations or false statements, considering the Costa Rican legal system. It seeks to systematize the applicable legal rules so that they are easily applicable by legal operators. It analyzes the case law associated with the relevant provisions of the Insurance Contracts Law about misrepresentation and false statements. It summarizes the main doctrine that can be extracted from that case law.

Keywords: nullability, good faith, non-disclosure, misrepresentation, risk, vitiated consent

SUMARIO:

1. Riesgo, buena fe y *sin alagma* en el contrato de seguro. 2. Deber de declarar el riesgo. 3. Reticencia y falsedad en la declaración del riesgo en la legislación costarricense. 3.1. *La reticencia o falsedad intencional*. 3.2. *La reticencia o falsedad no intencional*. 3.3. *Declaraciones reticentes o falsas cuando ya hay siniestro pendiente*. 4. Importancia de la distinción entre declaración reticente o falsa y preexistencia. 5. Evolución de la jurisprudencia de la sala primera de la corte suprema de justicia de costa rica en torno a la reticencia y falsedad en la declaración del riesgo. 5.1. Ley de seguros de 1922, “omisión” vs. “declaración falsa” y el papel del agente de seguros como primer selector de riesgos. 5.2. uso de un documento de revisión técnica vehicular falso permite anular el contrato de seguro, incluso si el asegurado desconoce que es falso. 5.3. Declaración falsa del riesgo, normas legales de orden público y su incorporación al contrato de seguro. 5.4. Declaraciones omisas en seguros de salud y la relación del dato falso u omitido con el siniestro que luego se presente. 5.5. Declaración omisa en cuanto al uso que se dará al vehículo asegurado permite anular el contrato. 5.6. Las declaraciones intencionalmente omisas que inciden en la valoración del riesgo facultan al asegurador a anular el contrato, incluso si el contrato no lo prevé. 6. Conclusión. Bibliografía.

1. RIESGO, BUENA FE Y SINALAGMA EN EL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro se ocupa del riesgo. Por “riesgo” entendemos la incerteza acerca de la ocurrencia de un evento que, de producirse, generaría una necesidad económica o pérdida¹. En esta línea define también nuestra legislación el concepto de “riesgo asegurable”, al señalar la LRCS (en adelante “LRCS”) en su artículo 40 que “[s]e denomina riesgo asegurable la posibilidad de que ocurra un evento futuro e incierto que no depende de la voluntad del asegurado. Los hechos ciertos y los imposibles, así como el juego y la apuesta no constituyen riesgos asegurables”². Tal es la importancia que reviste el riesgo en el contrato de seguro que este configura uno de los elementos esenciales del contrato sin el cual “[s]erá absolutamente nulo el contrato de seguro ...”³.

El contrato de seguro como tal se concibe entonces como:

*“... aquel en el que el asegurador se obliga, contra el pago de una prima y en el caso de que se produzca un evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar el daño producido a la persona asegurada, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones, dentro de los límites y las condiciones convenidos ...”*⁴

El contrato de seguro reviste carácter consensual.⁵ Esto significa que el contrato se forma y nace a la vida jurídica a partir del momento en el que tomador y asegurador se ponen de acuerdo acerca del aseguramiento de determinado(s) riesgo(s) que traslada el tomador al asegurador.⁶ Por esta razón, también el consentimiento de las partes es un elemento esencial del contrato de seguro⁷, como lo es en general en todos los negocios jurídicos y contratos.⁸ Cuando el consentimiento de alguna de las partes del contrato tiene vicios (i.e., está ausente o está presente, pero de manera imperfecta), hablamos de una patología, como cuando un ser humano se enferma.⁹

Aunado a lo anterior, el contrato de seguro se caracteriza también por ser un contrato de máxima buena fe (*uberrimae fidei*)¹⁰. No se trata de la buena fe “común

¹ DONATI, A. (1952). *Tratatto del Diritto delle Assicurazioni Private*, Vol. I. Multa Paucis, p. 6: “La possibilità del verificarsi di un evento economicamente sfavorevole cioè di natura tale da provocare un bisogno -e vedremo a suo tempo se tale evento possa dirsi anche dannoso- chiamasi rischio, e l'evento stesso, sinistro.”

² *Ley Reguladora del Contrato de Seguro*, Ley No. 8956 de 2011, art. 40

³ Id., art. 8.c). VEIGA COPO, A. *El Riesgo en el Contrato de Seguro*, (2015). Editorial Aranzadi, S.A., p. 161. “El riesgo constituye el elemento esencial del contrato de seguro y, como tal, debe ser individualizado y delimitado.”

⁴ LRCS, art. 3

⁵ STIGLITZ, R. *Derecho de Seguros* (2004), Tomo I. La Ley, S.A., pp. 140 y ss.

⁶ Id., arts., 24, 5.a.ii).

⁷ Id., art. 8.a).

⁸ PÉREZ VARGAS, V. y UMAÑA ROJAS, A.L. (1994). “Elementos del Negocio Jurídico”. En: *Derecho Privado*. Litografía e Imprenta Lil, S.A., pp. 234 y ss.

⁹ PÉREZ VARGAS, V. (1994). “Patología Negocial: Invalidez e Ineficacia del Negocio Jurídico”. En: *Derecho Privado*, Litografía e Impresnta Lil, S.A., pp. 299 y ss.

¹⁰ VEIGA COPO, A. *El Riesgo en el Contrato de Seguro*, (2015). Editorial Aranzadi, S.A., p. 158. “Si bien en nuestro derecho ... los contratos se deben ejercer, ejecutarse y sobre todo interpretarse conforme a la buena fe, en tanto principio rector del desarrollo de toda relación jurídica inter partes, este principio alcanza

y corriente” que caracteriza a todos los contratos. Se trata más bien de una buena fe reforzada, atendiendo a las particularidades del intercambio de prestaciones del seguro: el asegurado confía en que el asegurador cumplirá su promesa de cubrir los riesgos asegurados en caso de siniestro y el asegurador confía en que el asegurado será honesto a la hora de trasladar esos riesgos y reportar las circunstancias del siniestro eventualmente amparable.

Todo lo anterior implica entonces también la existencia de un intercambio de prestaciones, un *sinalagma*, palabra de origen griego que enfatiza el carácter recíproco de las obligaciones de las partes en un contrato bilateral. Este carácter sinalagmático implica también equilibrio y proporcionalidad:

“Quien contrata un seguro en cierto modo anticipa y traslada la probabilidad de un evento dañoso, el riesgo, en base a una necesidad de garantía, de seguridad. Ponderar riesgos, calibrarlos, mensurarlos responde y debe responder a un implícito principio de proporcionalidad, de equilibrio, de equidad en las relaciones prestacionales entre las partes. Riesgo y prima, cobertura y coste. Y ello implica además conocimiento, valoración y evaluación de ese conocimiento, como la consciencia de las interferencias que, en suma, generan las informaciones asimétricas. Engarzable esto último sin duda en una realidad constable, la asimetría informativa o ausencia de una perfecta información también en el seguro, e indudablemente, en su nervio axial, el riesgo. Buscar o calibrar incentivos que erradiquen o minimicen esta asimetría no se antoja una tarea cómoda ni fácil tampoco”¹¹.

Es en este contexto que la LRCS procura preservar el equilibrio prestacional mediante la regulación de la obligación de declarar el riesgo que tiene el solicitante del seguro en fase pre-contractual y de las consecuencias que tienen la reticencia y falsedad en la declaración del riesgo, entendidas como rompimiento tanto de ese equilibrio como, en algunos casos, de la buena fe negocial.

2. DEBER DE DECLARAR EL RIESGO

El deber de declarar el riesgo en la fase pre-contractual del contrato de seguro está regulada en el artículo 31 de la LRCS:

“El tomador está obligado a declarar al asegurador todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo. Quedará relevado de esta obligación cuando el asegurador conozca o debiera razonablemente conocer la situación.”

En efecto, de acuerdo con la doctrina

“... el tomador del seguro tiene además un específico deber de señalar, comunicar e indicar la serie de circunstancias y elementos que rodean a ese riesgo, ya que él es quien mejor conoce o debe conocer las contingencias y circunstancias que rodean a

su grado máximo de desarrollo en el ámbito del contrato de seguro, en la que se produce un comportamiento conductual colaborativo entre las partes que no sucede o al menos no se produce con semejante entidad e intensidad, en otro tipo de relaciones jurídicas”.

¹¹ VEIGA COPO, A. *Tratado del Contrato de Seguro*, Tomo I, 4ta ed. (2016). Editorial Aranzadi, S.A., p. 53-4.

la cosa o persona que se quiere asegurar.”¹²

En estricto sentido, no debería hablarse de “obligación” de declaración, pues estamos en la fase pre-contratual y nada podría hacer el asegurador para exigir forzosamente el cumplimiento de deber de declarar el riesgo correctamente.¹³

Nada dice nuestra legislación sobre si el asegurador está obligado a facilitar al tomador del seguro un cuestionario en el que pregunta sobre los aspectos del riesgo que desea conocer mejor a través de la declaración del asegurado. Si bien la norma del art. 31 citado haría pensar que entonces el tomador debe declarar espontáneamente todo lo que sabe, en la práctica comercial se acostumbra que los aseguradores preparen y faciliten en algunos casos dicho cuestionario, de tal suerte que permiten guiar al solicitante del seguro en los aspectos que deben declarar.

3. RETICENCIA Y FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO EN LA LEGISLACIÓN COSTARRICENSE

¿Qué ocurre si el tomador del seguro declara el riesgo de forma falsa, reticente u omisa? La hipótesis está regulada en el artículo 32 de la LRCS, cuya redacción podría presentarse algo confusa.

En primer término, interesa definir qué entiende el art. 32 de la LRCS por “reticente” y qué por “falsa”:

*“La declaración se considerará **reticente** cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es **omitida**, declarada en forma **incompleta**, **inexacta**, **confusa** o usando palabras de **equivoco significado**”. (El énfasis no es del original.)*

Es decir, la reticencia abarca también la omisión y, en general, toda declaración que sea incompleta o confusa. Es el supuesto en el que alguien dice la verdad, mas no toda la verdad.

Luego, en cuanto a la declaración “falsa” el mismo artículo 32 de la LRCS dice que:

“La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.”

3.1. La reticencia o falsedad intencional

Posteriormente, el primer párrafo del artículo 32 regula el supuesto en el que la reticencia o falsedad es intencional:

*“La reticencia o falsedad **intencional** por parte del tomador sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta*

¹² VEIGA COPO, A. *El Riesgo en el Contrato de Seguro*, (2015). Editorial Aranzadi, S.A., p. 157.

¹³ Id., p. 158.

del contrato, según corresponda ... El asegurador podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.” (El énfasis no es del original.)

Así, si la declaración del tomador es intencionalmente reticente o falsa, la ley considera que su vulneración de la buena fe pre-contractual es más grave que si fuese solamente accidental (no intencional). Por lo tanto, castiga con severidad esa conducta indicando que se producirá la nulidad (relativa o absoluta, más precisamente *anulabilidad*) del contrato, sin más. En este supuesto no es necesario buscar más elementos o circunstancias: no está obligado el asegurador a buscar preservar el contrato ni a devolver las primas, dada la severidad de la conducta reprochada al solicitante del seguro. Basta que se demuestre la reticencia o falsedad, la influencia que el dato o circunstancia omitido o falso tenían en la valoración del riesgo y el eventual contrato, y –lo más difícil en la práctica– la intencionalidad en la declaración.

Poco feliz es la redacción de la norma, ya que, si bien existen distinciones¹⁴ entre la nulidad absoluta¹⁵ y la relativa¹⁶ (o anulabilidad), en materia de contratos de seguro y declaraciones reticentes o falsas intencionales, una vez alegada por el asegurador la nulidad (absoluta o relativa), producirá los mismos efectos: la anulación del contrato por vicio de la voluntad¹⁷. Es decir, poco aporta y más bien tiende a confundir la expresión “*producirán la nulidad absoluta o relativa, según corresponda*”. Parecería que los legisladores no supieron escoger un término u otro, cuando lo cierto es que prácticamente en todos los casos estaremos ante un supuesto de *anulabilidad* (consentimiento viciado por dolo, no consentimiento ausente).

Y es que cuando quien declara de forma reticente o falsa lo hace intencionalmente estamos efectivamente ante el supuesto de dolo:

“El dolo, como vicio del consentimiento, consiste en las estratagemas de las que alguien se vale para inducir a otro a concertar un negocio jurídico. El dolo civil, a diferencia el penal, es atípico y puede ser imputado a una persona jurídica. Usualmente el dolo consiste en una representación falsa generada en la contraparte, por acción o por omisión ... La persona que calla, debiendo hablar –o que no comparte cierta información sensible en su poder–, incurre en reticencia dolosa. Para que exista dolo, no es necesario constatar una ‘puesta en escena’, o un ardid elaborado: Basta una simple mentira.”¹⁸

¹⁴ Por ejemplo: la nulidad es declarable de oficio por un juez, la anulabilidad no; la nulidad no se puede convalidar, la anulabilidad sí; etc.

¹⁵ Código Civil (1887), Editec Editores, S.A., art. 835. “Hay nulidad absoluta en los actos o contratos: 1.- Cuando falta alguna de las condiciones esenciales para su formación o para su existencia ...”

¹⁶ Id., art. 836. “Hay nulidad relativa y acción para rescindir los actos o contratos: 1.- Cuando alguna de las condiciones esencial para su formación o para su existencia es imperfecta o irregular ...”

¹⁷ PÉREZ VARGAS, V. y UMAÑA ROJAS, A.L. *Op. cit.*, p. 337. “En los casos de vicios de la voluntad, como el error, el dolo y la violencia, la ley considera que la voluntad de realizar el acto ha existido, pero por estar viciada se concede a la parte interesada la posibilidad de reclamar su anulación. Estas declaraciones de voluntad viciadas no hacen nulo el negocio, sino solamente anulable. El negocio despliega su eficacia, pero los efectos están amenazados por la posibilidad de que quien sufrió el vicio lo haga valer.”

¹⁸ TORREALBA, F. *Principios de Derecho Privado*, Tomo IV (2019). Editorial Juricentro, p. 1277.

En estos casos, la gravedad de la conducta del tomador que actúa intencionalmente (dolosamente) hace que incluso el asegurador pueda alegar el vicio en cualquier tiempo durante la vigencia del contrato.¹⁹

3.2. La reticencia o falsedad no intencional

El segundo párrafo del artículo 32 regula este otro supuesto de la reticencia o falsedad cuando no es intencional:

*“Si la omisión o inexactitud **no son intencionales** se procederá conforme a las siguientes posibilidades:*

- a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, el asegurador, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.*
- b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.*
- c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio”. (El énfasis no es del original.)*

Como vemos, el supuesto de la reticencia o falsedad (omisión, inexactitud) no intencional es considerado menos grave por el legislador. Siendo así, el asegurador no puede de primera entrada anular el contrato, sino que debe demostrar para ello que nunca lo habría celebrado del todo (supuesto del inciso b). De otro modo, le queda solamente la opción de ajustar el contrato a la verdadera naturaleza del riesgo (supuesto a). Asimismo, por considerarse menos grave, finalmente el derecho del asegurador a ajustar o anular el contrato caduca en los plazos señalados (cosa que no ocurre en el caso del supuesto intencional del párrafo primero).

3.3. Declaraciones reticentes o falsas cuando ya hay siniestro pendiente

Aunque algunas veces la declaración reticente o falsa del tomador del seguro es descubierta sin que medie todavía un siniestro, en la práctica es muy común que el descubrimiento de dicha declaración por parte del asegurador se dé una vez que ya se ha producido un siniestro estando vigente el contrato de seguro. Este supuesto tiene su propia regulación en artículo 33 de la LRCS:

¹⁹ LRCS, art. 91. “Un vez transcurrido el plazo que indique la póliza, **salvo cuando la persona asegurada hubiera actuado con dolo**, el asegurador no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas ...” (El énfasis no es del original.)

“Si un siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, el asegurador deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al tomador. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al tomador, el asegurador estará obligado a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente”²⁰.

Nuevamente la norma busca insertarse en el estado mental del tomador del seguro a la hora de declarar el riesgo, ya que asigna consecuencias distintas según la declaración reticente o falsa sea “reproachable” o “atribuible” al tomador. Entendemos que estos términos evocan nuevamente a la intencionalidad o no de la declaración, si hacemos una interpretación integral de la norma a la luz del artículo 32 de la LRCS. Ese juicio de “reproche” es justamente el que hace el art. 32 al sancionar con mayor severidad el supuesto de la declaración reticente o falsa intencional (párrafo primero del art. 32 de la LRCS).

Así, hay tres posibilidades:

- Si el asegurador demuestra que no hubiese del todo hecho el seguro en esas condiciones, *puede anular el contrato*, independientemente de la intencionalidad; en este caso la intencionalidad influye solo en la devolución o conservación de las primas pagadas; o
- Si la declaración reticente o falsa no es intencional y el asegurador demuestra que hubiese hecho el contrato en otras condiciones, no puede anular el contrato y debe rendir la prestación *total*; o
- Si la declaración reticente o falsa es intencional y el asegurador demuestra que hubiese hecho el contrato en otras condiciones, debe rendir la prestación *proporcional* que le correspondería en relación con la prima pagada.

Vemos que, en estos supuestos, a pesar de que sigue siendo grave la vulneración de la buena fe, el espíritu proteccionista del consumidor que influye en la LRCS tiende a favorecer la cobertura del siniestro, excepto cuando el asegurador demuestre que del todo no hubiese hecho el seguro.

4. IMPORTANCIA DE LA DISTINCIÓN ENTRE DECLARACIÓN RETICENTE O FALSA Y PREEXISTENCIA

Un tema que merece precisión es la distinción entre una declaración reticente o falsa, por una parte, y una preexistencia, por otra. Si bien ambos conceptos pueden llegar a traslaparse, es fundamental aclarar que en nuestra legislación los seguros de gastos médicos y los de accidentes personales e incapacidad “*no cubrirán las enfermedades*

²⁰ LRCS, art. 33.

*o lesiones preexistentes a la fecha en que se haya perfeccionado el contrato*²¹, salvo pacto en contrario. Esta afirmación tajante tiene su origen en una noción muy sencilla: una enfermedad o lesión que ya existe al momento de perfeccionarse el contrato de seguro no es un “riesgo” tal y como lo hemos definido acá (ver sección 1.), sino un hecho cierto. Por lo tanto, normalmente no será objeto de cobertura, como tampoco podría el propietario de un automóvil ya chocado pretender contratar un seguro y que el seguro cubra ese choque anterior a la celebración del contrato.

Existen excepciones a la regla general de que las preexistencias no tienen cobertura:

- Si el asegurador y el tomador así lo pactan, pues la norma del art. 105 permite pacto en contrario; o
- Si al contratar el seguro el tomador ha consignado incorrectamente la edad de la persona asegurada, en cuyo caso el asegurador podrá ajustar el contrato al estado real del riesgo;²² o
- Si una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato (y, por lo tanto, tampoco declarada) se manifiesta después del período de disputabilidad (dos años a partir del perfeccionamiento del contrato o aquel plazo mayor que establezca el contrato).²³

Ahora bien, la precisión necesaria radica en que, salvo las excepciones citadas, una enfermedad o lesión preexistente nunca tendrá cobertura (por no ser un riesgo sino un hecho cierto), *independientemente de si fue declarada o no fue declarada a la hora de contratarse el seguro*. Así, por ejemplo, podría ocurrir que un asegurador no haya preguntado ni el tomador haya declarado sobre determinada enfermedad o lesión (o, hipotéticamente, incluso no haya habido del todo una declaración de salud a la hora de contratar el seguro, como ocurre en ciertos tipos de seguros) y, aun así, si la enfermedad o lesión que luego se pretende amparar en la cobertura del seguro es preexistente, esta no tendrá cobertura. Dicho de otra manera, una enfermedad preexistente ya manifestada, no declarada al contratarse el seguro, nunca tendrá cobertura, independientemente de las posibilidades que ofrezca el art. 32 de la LRCS al asegurador ante la falta de declaración. Podría entonces ocurrir que el asegurador no tenga elementos para anular el contrato (por ejemplo, porque la declaración no es intencional y ya han transcurrido más de dos años desde el perfeccionamiento del contrato), pero aun así la enfermedad o lesión preexistente no tendría cobertura.

5. EVOLUCIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DE LA SALA PRIMERA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE COSTA RICA EN TORNO A LA RETICENCIA Y FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO

Ahora dirigiremos nuestra atención a la práctica judicial y analizaremos los principales casos relacionados con las declaración reticente o falsa del riesgo en la jurisprudencia

²¹ LRCS, art. 105.

²² Id., art. 91.

²³ Id.

de Costa Rica. A nivel metodológico, hemos revisado las sentencias de la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia que en la base de datos Nexus del Poder Judicial de Costa Rica aparecen vinculadas a los artículos 6 de la Ley de Seguros (Ley No. 12 de 1922) y 32 y 33 de la LRCS (Ley No. 8956 de 2011).

En Costa Rica la jurisprudencia en materia civil y mercantil no tiene carácter vinculante; no obstante, la doctrina que, de forma reiterada, emane de las Salas de Casación sirve para informar el ordenamiento jurídico²⁴.

5.1. Ley de Seguros de 1922, “omisión” vs. “declaración falsa” y el papel del agente de seguros como primer selector de riesgos

En la sentencia 1474-2014²⁵ la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia resolvió un recurso de casación formulado por el Instituto Nacional de Seguros (“INS”), empresa aseguradora comercial de propiedad estatal, en contra de la sentencia de primera instancia dictada por el Tribunal Contencioso Administrativo, Sección Sexta. Esta sentencia está referida a la aplicación del artículo 6 de la Ley de Seguros de 1922²⁶, vigente al momento de los hechos del caso y hoy derogada. En dicha sentencia el Tribunal Contencioso Administrativo resolvió de manera favorable al asegurado la demanda que interpuso para revertir la decisión del INS de declinar la cobertura de una póliza de gastos médicos y de cancelar dicha póliza, debido a que alegó que el asegurado le ocultó información sobre el padecimiento que presentó y para el cual requirió cobertura (cáncer de esófago).

En lo sustantivo, la empresa aseguradora acusó una única censura a la sentencia de primera instancia: errónea interpretación del artículo 6 de la Ley de Seguros de 1922 y la consecuente inaplicación de la cláusula XXX de las condiciones generales del contrato de seguro en cuestión. El artículo 6 de la Ley de Seguros de 1922 disponía lo siguiente: *“Toda declaración falsa o inexacta de hecho o circunstancias conocidas como tales por el asegurado, por el asegurador o por los representantes de uno o de otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo (...)”*

No obstante, el Tribunal Contencioso halló que:

“la parte actora, lejos de ocultar, esconder, negar o abstenerse de entregar información, puso los exámenes médicos de control, a disposición del agente de seguros para que este verificara su dicho. Esa conducta es contraria a la naturaleza de la reticencia, al deseo de esconder, al proceder malicioso, al deseo de callar. No se advierte por

²⁴ “La jurisprudencia contribuirá a informar el ordenamiento jurídico con la doctrina que, de modo reiterado, establezcan las salas de casación de la Corte Suprema de Justicia y la Corte Plena al aplicar la ley, la costumbre y los principios generales del derecho.” Código Civil (1887), Editex Editores, S.A., artículo 9.

²⁵ Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 1474-2014 de las 9:40 del 11 de noviembre de 2014. Recuperado el 27 de noviembre de 2023, de: <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0034-622314>.

²⁶ Ley de Seguros No. 12 de 1924 (derogada).

tanto incumplimiento del contrato ni de las reglas generales de la buena fe que nutren su creación o celebración y ejecución (...)".

La Sala confirmó el fallo de primera instancia, el cual señalaba también que *"es lo cierto que la agente de seguros estaba en la obligación de actuar con rigor profesional, sin ligerezas y superficialidades, en atención a las solemnidades rigoristas contenidos en la solicitud de seguros y a las graves consecuencias que derivan de cualquier inexactitud u omisión."* Finalmente, también señaló el tribunal que, si bien el artículo 6 de la Ley de Seguros de 1922 *"no regulaba la figura de la omisión en la declaración"*, *"esto no significa que en materia contractual, las omisiones intencionales, lesivas o abusivas, queden impunes, dado que efectivamente la ley no ampara el abuso del derecho o su ejercicio antisocial"*.

Importantemente, la Sala Primera señala que *"un agente de seguros es el primer selector de riesgo al momento de suscribir una póliza"* y que el asegurado *"dio a conocer su estado de salud por medio del examen médico que entregó a la agente de seguros, es decir, declaró su condición a través de un mecanismo de manifestación no verbal"*.

5.2. Uso de un documento de revisión técnica vehicular falso permite anular el contrato de seguro, incluso si el asegurado desconoce que es falso

Si bien hemos señalado que los problemas prácticos en materia de reticencia y declaraciones falsas u omisas son más frecuentes en materia de seguros de personas (vida, salud, etc.), ello no significa que no se presenten también en los seguros de daños. Aun cuando el asegurador tiene quizás mayor posibilidad de conocer y analizar el riesgo a asegurar a partir de la inspección del bien, lo cierto es que pueden persistir condiciones o situaciones que escaparían la diligencia normal que pueda emplear el asegurador al llevar a cabo dicha inspección.

En la Resolución 154-2019²⁷ la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia resolvió un recurso de casación formulado por un asegurado del INS en relación con el robo de un vehículo automotor asegurado. El INS denegó la cobertura y anuló el contrato de seguro dado que la certificación de la revisión técnica vehicular aportada a la hora del aseguramiento del vehículo resultó ser falsa, de acuerdo con prueba documental e informe emitido por la empresa encargada de dicha revisión técnica (Riteve). La Sala sostuvo que:

"cuando se descubra la reticencia o falsedad de hechos o circunstancia conocidas por el tomador (entendida la primera como el suceso influyente sobre el riesgo que es omitido, declarado en forma incompleta, inexacto, confuso o usando palabras de equívoco significado); y, la segunda, como el hecho que no corresponde a la realidad, las cuales hayan influido en la toma de decisión de la celebración o no de la póliza,

²⁷ Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 154-2019 de las 9:30 del 28 de febrero de 2019. Recuperado el 27 de noviembre de 2023, de: <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0004-912036>.

la aseguradora estará facultada para que, en el plazo de un mes, pueda modificar o rescindir el contrato, con la retención o no de las primas pagadas dependiendo de las circunstancias”.

Importantemente, en este caso el asegurado manifestó que desconocía la falta de veracidad del documento de revisión técnica vehicular aportado al momento del aseguramiento, por lo que arguyó que no puede endilgársele la responsabilidad. Agregamos nosotros que ello implicaría que la declaración falsa podría entenderse en ese supuesto como no intencional, con lo cual el caso debería analizarse a la luz del párrafo segundo del art. 32 de la Ley Reguladora del Contrato. Como vimos en el apartado 3.3. anterior, ese párrafo regula el supuesto de la omisión o declaración falsa no intencional, supuesto que la ley considera menos grave que el supuesto intencional del párrafo primero del mismo artículo. Aun así, la Sala Primera halló que “*la falta de conocimiento del hecho (falsedad) no exime de responsabilidad al tomador*” y analiza el caso desde la óptica de las dos posibilidades que prevé el párrafo segundo del art. 32: modificar el contrato a la verdadera condición del riesgo o rescindir el contrato si el asegurador demuestra que, de haber conocido la condición real del riesgo, no lo hubiera asegurado. En definitiva, la Sala encuentra que el proceder del INS en este caso se ajustó a derecho y validó la anulación del contrato al amparo del art. 32 citado y de la cláusula relevante del contrato de seguro, la cual igualmente autoriza al INS a retener las primas pagadas hasta en casos de falsedad en la declaración del riesgo por parte del asegurado y/o tomador.

Otro aspecto para destacar es que esta resolución la Sala Primera refiere al art. 1.020 del Código Civil:

“el dolo no vicia el consentimiento, sino cuando es obra de una de las partes y cuando además aparece claramente que sin él no hubiera habido contrato. En los demás casos el dolo da lugar solamente a la acción de daños y perjuicios contra la persona o personas que lo han fraguado o se han aprovechado de él; contra los primeros por el valor total de los perjuicios, y contra los segundos, hasta el monto del provecho que han reportado.”

Consideramos que esta referencia que hace la Sala a las normas generales del Código Civil en materia de dolo y buena fe es útil como contexto y referencia, mas no necesaria en estricto sentido. El artículo 32 de la LRCS ya regula de manera especial el supuesto del dolo-vicio en la declaración del riesgo y formación de la voluntad en el contrato de seguro, por lo que a la luz del art. 1, párrafo segundo, de la LRCS no sería necesario recurrir a norma supletoria.

Continúa diciendo la Sala Primera, con base en lo anterior que:

*“al ser la revisión técnica vehicular parte de la documentación íntegra de la póliza (requisitos de aseguramiento), cuya autenticidad fue desacreditada por la empresa emisora (Riteve), se genera un **vicio de nulidad** del contrato que libera al INS de la obligación con la parte actora. Ello, por cuanto el ente asegurador ha manifestado, de haber conocido la carencia de veracidad del referido documento, no hubiese celebrado el contrato. Por lo tanto, se produce un **vicio en la voluntad del INS** y, en consecuencia, la **nulidad absoluta** del contrato de seguro suscrito entre las partes.”* (El énfasis no es del original.)

Consideramos que el caso presenta un supuesto de anulabilidad (consentimiento viciado, imperfecto, mas no ausente del todo), el cual, una vez alegado, comporta nulidad.

5.3. Declaración falsa del riesgo, normas legales de orden público y su incorporación al contrato de seguro

En otro caso, mediante la Resolución 2185-2020²⁸ la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia resolvió el recurso de casación formulado por el asegurado que, en virtud de un contrato de seguro de automóviles, reclamó a ASSA Compañía de Seguros, S.A. (“ASSA”) una indemnización al amparo de la cobertura de colisión y vuelco del vehículo asegurado, luego de que este derrapara y se volcara en carretera. ASSA se negó a pagar al actor los daños sufridos por el automotor asegurado dado que el vehículo no contaba al momento del accidente con la revisión técnica vehicular y no había sido pagado el “marchamo” o seguro obligatorio automotor (SOA).

Al denegar la demanda del actor asegurado, el Tribunal y luego la Sala Primera refieren a la *“ubérrima buena fe”* que ya hemos citado acá (ver sección 1.) y resaltan que el contrato de seguro en cuestión *“da a entender que las declaraciones inexactas, tienden a inefectivizar la protección”* y exigen que el automóvil deba responder a la noción de *“circulación legal”*. Así, aun cuando el contrato de seguro no refiera expresamente al “marchamo” o a la revisión técnica vehicular, se considera que:

“las exigencias para la circulación automotor legítima contenidas en los artículos 4 y 122 de la Ley de Tránsito #9078-2012, se incorporan a la contratación ... En la idea de ‘circulación legal’, la exigencia es de orden público y nadie debe contrariar en sus concordatos y actos privados, normas que propenden al bien común y al orden en la convivencia social ... no se permite excluir la ley aplicable ni ir contra normativa imperativa ... Circular sin esos requisitos, amenaza mandatos de orden público y ese atentado lastima la buena fe en la ejecución del contrato de seguro.” (El énfasis no es del original.)

Este caso sirve para resaltar otro argumento que algunas veces esgrimen erróneamente los asegurados que han declarado de forma reticente (omisa) o falsa a la hora de contratar el seguro: que para poder negar cobertura o anular el contrato debe existir una relación causal entre el dato omitido o declarado falsamente y el siniestro que luego se presente. Así, por ejemplo, en este caso el actor asegurado alegó que ASSA no demostró que la falta de revisión técnica vehicular tuviese relación alguna con la causa del accidente:

“No quedó acreditado tampoco como lo alegara la accionada que la causa eficiente del siniestro ocurrido haya sido la falta de revisión técnica vehicular ... En el caso concreto, la demandada no estaba obligada a probar la causalidad eficiente o adecuada que le demanda el decisor de Mayor Cuantía, porque el actor no estaba en regla. Él intensificó el peligro y debilitó la licitud del interés asegurable, ya que permitió la salida de su Hummer modelo 2002, sin portar marchamo pago y sin revisión técnica vehicular ...” (El énfasis no es del original.)

²⁸ Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 2185-2020 de las 11:12 del 13 de agosto de 2020. Recuperado el 27 de noviembre de 2023, de: <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0004-1003759>.

Efectivamente, la LRCS no exige que en caso de que declaración falsa u omisa se descubra habiendo ya un siniestro pendiente dicho siniestro deba tener como causa el hecho, condición o situación declarado falsamente u omitido. Véase en este sentido el artículo 33 de dicha ley (ver sección 3.4.). Así, por ejemplo, el solicitante de un seguro que omite declarar que padece del corazón y que luego es atropellado por un autobús no puede exigir que se mantenga su contrato válido solo porque el atropello no tiene nada que ver con su corazón, si es que el asegurador no hubiese contratado en esas condiciones.

5.4. Declaraciones omisas en seguros de salud y la relación del dato falso u omitido con el siniestro que luego se presente

La Resolución No. 370-2021²⁹ de la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia puso fin a la disputa entre una asegurada de un seguro individual de salud y su aseguradora, Best Meridian Insurance Co. (“BMI”). La disputa surgió a raíz de la anulación de dicho seguro por parte de BMI, luego de que al tramitarse una solicitud de cobertura por un siniestro la aseguradora determinara que hubo omisión de información a la hora de solicitarse el seguro. Al solicitar el seguro, la asegurada omitió declarar que padecía dolor osteomuscular activo desde 2009, depresión medicada con Lirica y Prozac, enfermedad ulcero-péptica y colon irritable. Sin embargo, el siniestro presentado no tenía que ver con ninguno de estos padecimientos.

“Para esta Cámara resulta incuestionable, en lo medular la aseguradora canceló la póliza de la accionante, por considerar, no brindó información sobre ‘preexistencias’, lo cual, alega, le impidió valorar adecuadamente el riesgo ... A pesar de lo anterior, es claro, los padecimientos por los cuales fue atendida la solicitante, no guardan relación con las preexistencias que se acusa, no fueron informadas a la aseguradora ... si bien la accionante efectivamente omitió mencionar haber sido atendida cuatro años antes por dolor osteomuscular a BMI, es claro, el cuestionario no incluyó pregunta alguna sobre tal tipo de dolencia (ni se discute en la especie). Esto es, que dicha información no se relaciona con los padecimientos contenidos en la pregunta 8.g, acorde a la cual se consultó si había padecido de ‘... ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula biliar’, de ahí que no pueda concluirse que omitiera información a propósito o fuera reticente frente a la aseguradora.” (El énfasis no es del original.)

Vemos cómo acá la Sala Primera contradice su propia posición expresada en el fallo 2185-2020 citado en la sección 5.3. anterior, ya que en este caso sí parece requerir que el hecho omitido o declarado falsamente deba tener relación con el siniestro que luego se produce y que lleva a descubrir la falsedad u omisión. Reiteramos que, en nuestra opinión, este criterio es errado, ya que el art. 33 de la LRCS no exige que en caso de que declaración falsa u omisa se descubra habiendo ya un siniestro pendiente dicho

²⁹ Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 370-2021 de las 11:55 del 18 de febrero de 2021, disponible en: <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0004-1022612>.

sinistro deba tener como causa el hecho, condición o situación declarado falsamente u omitido.

Otro aspecto fundamental de este fallo es la importancia que reviste que los cuestionarios de declaración de salud que utilizan las aseguradoras en el proceso de aseguramiento se formulen de la manera más clara y precisa posible.

*“De igual modo es diáfano, la otra pregunta realizada, que se acusa –fue contestada con falsedad–, a saber, si estaban siendo o habían sido alguna vez atendidos por médicos, psiquiatras o psicólogos, **resulta en exceso genérica**, de modo que no es dable tenerla como una omisión expresa en cuanto a informar de preexistencias. Lo anterior en el tanto, aún si es innegable que una persona de edad adulta efectivamente habrá sido atendida en algún momento por un médico y por supuesto haber recibido tratamiento, no se preguntó por enfermedad o padecimiento específico, **revistiendo una excesiva amplitud**.” (En énfasis no es del original.)*

Continúa aclarando la Sala que el artículo 31 de la LRCS “*introduce cierto margen de subjetividad, que puede llevar al tomador del seguro, parte débil de la relación, y, quien salvo prueba en contrario, cabe considerar como desconocedor de la materia de seguros, a ‘valorar razonablemente’, qué podría ser y que no, relevante para la valoración del riesgo.*”

5.5. Declaración omisa en cuanto al uso que se dará al vehículo asegurado permite anular el contrato

En un caso en el que el solicitante del seguro omitió informar a MAPFRE | Seguros Costa Rica, S.A. (“MAPFRE”) que usaría el vehículo asegurado para dar servicio de movilidad colaborativa a través de una plataforma tecnológica, la Sala Primera validó la anulación que del contrato hizo MAPFRE en virtud de declaraciones omisas, al amparo del artículo 33 de la LRCS. Así se desprende de la Resolución No. 1102-2023³⁰, la cual señala, en primer lugar, que “[e]l actor sí recibió la información necesaria sobre la regulación aplicable a la póliza de seguro”³¹ y que

*“tanto el actor como la demandada aportaron el documento ‘INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO DE AUTOMÓVIL ...’ suscrito por el primero, en el que, expresamente, declaró haber entendido y aceptado las condiciones de la póliza adquirida y que recibió la documentación de seguros e información de las condiciones generales del seguro.”*³²

La Sala recoge que el tribunal de juicio tuvo por probado que “*el actor reconoció que, desde la compra del automotor y hasta el 18 de octubre de 2018, utilizó el vehículo asegurado, tanto para sus actividades ordinarias, como para el traslado de personas por medio de la plataforma ...*”.

³⁰ Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 1102-2023 de las 10:21 del 5 de julio de 2023. Recuperado el 27 de noviembre de 2023, de: <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0004-1176099>

³¹ Id., considerando III.

³² Id.

La Sala reconoce que si bien “*ciertamente, el presente conflicto se enmarca en el Derecho del Consumidor, el cual tiene por objeto la efectiva protección de los intereses, salud y seguridad de la persona consumidora ...*”³³,

*“ello no quita que la persona consumidora, allende ser, las más de las veces, la parte menos favorecida de la relación, tiene, además, deberes básicos como contratante, siendo uno de ellos el de conducirse de buena fe y, en materia de seguros, de manera veraz, en lo que respecta a la información relevante para la determinación del riesgo asegurable”*³⁴.

Fundamentalmente, la Sala recalca que:

*“... en el caso del contrato de seguro, adquiere particular importancia la veracidad de los datos que suministre el interesado en la cobertura, con respecto a las circunstancias fácticas que determinan el riesgo asegurable, pues ello determina, precisamente, el tipo de seguro que requiere y determina la voluntad de la aseguradora, con respecto a si el riesgo excede o no de lo que cubre la póliza respectiva.”*³⁵ (El énfasis no es del original.)

Consecuentemente, sigue analizando la Sala que omitir que el vehículo sería utilizado para movilidad colaborativa:

*“lógicamente, incidía en el riesgo asegurado, incrementándolo, no solo por la mayor frecuencia con la que se usan los automóviles destinados a dicha actividad, sino, además, por los posibles menoscabos sufridos por las personas usuarias del servicio. Esa es la razón de ser, en criterio de esta Sala, de los artículos 32, 52, 53 y 55 de la LRCS –entre otros–, los que prevén el deber del asegurado de suministrar, oportunamente, a la entidad aseguradora toda la información relevante con relación al riesgo asegurable, así como las consecuencias, en caso de no hacerlo.”*³⁶ (El énfasis no es del original.)

Categorica es la Sala al preguntarse:

*“¿qué razón haría plausible que se declare un uso que no corresponde con la realidad, al solicitar el aseguramiento de un vehículo? Evidentemente, ninguna. Se trata, a todas luces, de una manifestación falaz y que no puede considerarse de buena fe. No resulta atendible, para la Sala, que quien realiza una declaración manifestamente contraria a la realidad, pretenda eximirse de las consecuencias de ello, buscando qué incumplimiento atribuir a la contraparte, apelando a la vocación proteccionista del consumidor que tiene el ordenamiento jurídico.”*³⁷ (El énfasis no es del original.)

Por otra parte, y finalmente, la Sala refuerza nuevamente la noción de que el consumidor de seguros es responsable de lo que firma y declara, incluso si no llenó de su puño y letra la solicitud de seguro y únicamente la firmó:

“En su recurso, argumenta que no es cierto lo que se indica en [la solicitud de inclusión en el seguro colectivo], pues él no lo llenó, sino que, cuando lo firmó, el mismo

³³ Id., considerando IV.

³⁴ Id.

³⁵ Id.

³⁶ Id.

³⁷ Id.

*ya había sido previamente completado, prueba de lo cual es que los datos incluidos en el formulario se visualizan impresos y no escritos a mano. La Sala discrepa de tal argumentación. Ciertamente, la lógica dice que, al firmar tal documento, la información del caso concreto ya había sido incluida con antelación ... Sin embargo, eso no quiere decir que el consumidor no haya verificado lo que firmó. De hecho, **las más básicas pautas de la diligencia y buena fe, le obligaban a revisar, cuando menos, los datos consignados en su solicitud**”³⁸. (El énfasis no es del original.)*

Como señala la misma resolución, las entidades aseguradoras son libres de determinar si desean brindar cobertura a vehículos que se usan en las plataformas de transporte colaborativo. De hecho, en el mercado existen varias compañías que sí ofrecen cobertura para ese uso, mientras que existen otras que no lo hacen. De forma tal que la discusión que se dio en este caso no es en relación con la actividad en sí, sino en relación con el hecho no declarar al asegurador el uso real que se daría al vehículo asegurado.

5.6. Las declaraciones intencionalmente omisas que inciden en la valoración del riesgo facultan al asegurador a anular el contrato, incluso si el contrato no lo prevé

Este caso surge a partir de la anulación, por parte de BMI, de un contrato de seguro de salud individual contratado por un asegurado titular para sí y para su cónyuge como dependiente. Según narra el fallo de la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia en la Resolución 1311-2023³⁹, BMI anuló la póliza por considerar que a la hora de la contratación del seguro los asegurados actores “*de manera intencional ocultaron, al momento de suscribir la póliza, patologías, diagnósticos y tratamientos consultados expresamente*”⁴⁰. Al analizar los reparos de la aseguradora al fallo de primera instancia, la Sala determinó que en el caso del asegurado titular fue omitida mención a los siguientes padecimientos: alteración en los niveles tensionales, dislipidemia, valvulopatía, enfermedad isquémica crónica del corazón, crecimiento prostático grado II, hiperreactividad bronquial y bronquitis aguda debida a micoplasma pneumoniae. En el caso de la asegurada dependiente fueron omitidos los siguientes padecimientos o tratamientos: enfermedad coronaria microvascular, cateterismo cardiaco por síndrome coronario agudo, puente miocárdico sobre arteria descendente anterior, calcificación de los cartílagos costales de manera bilateral, formación de osteofitos marginales en la columna dorsal, espondilo artrosis lumbar con evidencia de discopatía, cirugía de columna, epicondilitis lateral de codo izquierdo, y displasia vaginal y cervical.

Luego de un análisis pormenorizado de las preguntas del formulario de declaración de salud de la solicitud de seguro y de las respuestas dadas por los solicitantes, en lo que interesa la Sala determinó que

“los actores informaron de manera muy general y somera, sobre tener problemas relacionados con enfermedades del corazón, pues ante ninguna de las preguntas reali-

³⁸ Id.

³⁹ Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 1311-2023 de las 9:32 del 27 de julio de 2023. Recuperado el 27 de noviembre de 2023, de: <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0004-1173967>

⁴⁰ Id.

*zadas y vinculadas con dichas patologías, los señores ... indicaron sus padecimientos. Es claro para esta Cámara, que tal situación podía tener **repercusiones importantes en la valoración del riesgo** por parte de la Aseguradora ... el ocultamiento de aquellas enfermedades señaladas, son evidencia del actuar reticente por parte de [los asegurados] y **con intención de que la Aseguradora no pudiera contar con esos parámetros para definir si la póliza cubría o no enfermedades de tipo cardíacas, cumpliéndose el supuesto establecido en el canon 32 de la LCS ... los tomadores faltaron a su obligación de declarar el riesgo, conforme lo impone el ordinal 31 ídem; con lo cual se debe aplicar lo dispuesto en el precepto 33 de ese cuerpo normativo, esto es, de haber sabido la Aseguradora sobre aquellas circunstancias, intencionalmente ocultadas, se le permite liberarse de la prestación contraída.**”⁴¹ (El énfasis no es del original.)*

Asimismo, al encontrar que las omisiones relevantes lo fueron de forma intencional, la Sala Primera aplicó lo dispuesto en el artículo 91 de la LRCS, dado que la anulación en este caso se dio mucho después de transcurridos dos años desde el perfeccionamiento del contrato de seguro.

Interesa también destacar que el tribunal de juicio encontró que la cláusula contenida en el contrato de seguro y referida a la cuestión de declaraciones falsas y reticencia era abusiva y, por lo tanto, nula. La cláusula en cuestión se leía de la siguiente manera: “**CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA ... La Aseguradora se reserva el derecho a cancelar o modificar la póliza inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la solicitud y/o formulario de examen médico son falsas o incompletas o que se haya cometido fraude.**” La Sala también consideró que dicha cláusula era abusiva por no incorporar los límites que la LRCS establece a la potestad de la aseguradora de anular el contrato de conformidad con los artículos 33 y 91 de dicha ley.

A pesar de que la Sala halló que dicha cláusula era abusiva, siempre mantuvo y validó la anulación del contrato por parte de la aseguradora a raíz de las declaraciones omisas, aplicando las disposiciones legales de carácter imperativo de los artículos 31, 32, 33 y 91 de la LRCS. Es decir, acogió el argumento de la aseguradora de que “**el acápite del contrato podría no existir, y aún así el artículo 32 referido permite a la empresa anular el contrato**”.

Otro aspecto destacable, por ser recurrente el argumento en casos de este tipo, es que, como ya mencionamos (ver sección 5.5.), reitera la Sala que no resulta importante que el formulario de declaración de salud haya sido completado por otra persona o completado por el solicitante del seguro con ayuda de otra persona:

“... [E]l hecho de que el agente de seguros ... haya sido quien llenó el formulario de los actores ... no resulta en una eximente de las obligaciones de los tomadores de hacer la declaración completa sobre su estado de salud ... aún y cuando el formulario que se puso a disposición de ellos contenía preguntas genéricas, lo cierto es que si estaban encaminadas a determinar situaciones preexistentes, ello con el fin de hacer la respectiva valoración del riesgo.” (El énfasis no es del original.)

⁴¹ Id., considerando IX.

Un aspecto adicional que también vale la pena comentar, por ser también recurrente el argumento en casos de este tipo en materia de seguros de personas, es si la aseguradora está obligada a practicar exámenes médicos a la hora valorar el riesgo previo a aceptarlo o no. En este caso, como en muchos casos de solicitudes de seguros de personas, los actores “... *autorizaron a la aseguradora para que investigara sobre su historial médico, información que debió ser solicitada y valorada por BMI para hacer el análisis de riesgo y determinar la viabilidad o no del otorgamiento del seguro ...*”⁴².

Es cierto que el artículo 90 de la LRCS dispone que “[e]l solicitante deberá someterse a los exámenes médicos que razonablemente le sean requeridos por el asegurador.” Sin embargo, desde la técnica del seguro es claro que el hecho de que la aseguradora cuente con dicha autorización no implica que deba, previamente a la aceptación de la solicitud de seguro, practicar exámenes adicionales en todos los casos. Requerirlo en todos los casos haría extremadamente costosa la colocación de seguros. La Sala coincide al señalar que

“[e]s cierto que BMI contaba con la **opción** de hacer estudios médicos a los solicitantes, previo a aceptar el formulario y suscribir el contrato, no obstante, aún y cuando no realizó estas mínimas diligencias, los cierto es que, como se ha visto, los actores faltaron a sus obligaciones de información”⁴³.

Por último, si bien en este caso los asegurados también argumentaron que el padecimiento que generó el siniestro “... *no tiene relación alguna con la válvula mitral que había sido excluida de la cobertura del seguro*”, la Sala no consideró que fuese necesaria esa relación de causalidad entre lo omitido al solicitar el seguro y el siniestro que luego se presentó. Nuevamente vemos que hay contradicción con lo que han fallado en otros casos en este punto (ver sección 5.3.).

6. CONCLUSIÓN

De lo hasta aquí reseñado podemos concluir a modo de resumen lo siguiente:

- La normativa y doctrina en materia de declaración reticente y falsa del riesgo en los contratos de seguro sigue siendo de actualidad y reviste importancia en la técnica del seguro, dado que permite equilibrar las prestaciones de las partes (proporción entre riesgo asumido y prima a pagar) – el *sinlagma*;
- El deber de declarar el riesgo en la etapa pre-contractual responde a las exigencias de la *uberrimae fidei* y al carácter de elemento esencial del contrato de seguro que reviste el riesgo como tal;
- Como en todo negocio jurídico, en el contrato de seguro el consentimiento de las partes -y en particular el del asegurador al analizar y seleccionar los riesgos que está dispuesto a cubrir- es fundamental; un vicio en la voluntad puede generar la anulabilidad del contrato de seguro;

⁴² Id.

⁴³ Id., considerando XIII.

- Nuestra legislación define la declaración reticente como aquella en la que la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado;
- Nuestra legislación define la declaración falsa como aquella en la que la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad;
- Nuestro ordenamiento castiga con severidad al tomador del seguro que *intencionalmente* declara de forma reticente o falsa, implicando anulabilidad y no devolución de primas;
- Nuestro ordenamiento permite al contrato de seguro sobrevivir a una declaración reticente o falsa no intencional, siempre que el contrato se hubiese podido hacer en otras condiciones; de otro modo, también implicará anulabilidad;
- Si ya hay siniestro pendiente, el contrato podrá sobrevivir únicamente cuando se demuestre que habría podido celebrarse en otras condiciones; de otro modo, también será anulable.
- Es fundamental distinguir entre una declaración reticente o falsa y una preexistencia; salvo algunas excepciones, una preexistencia nunca estará cubierta, independientemente del análisis desde la óptica de declaraciones reticentes o falsas;
- Aunque en Costa Rica existe relativamente poca jurisprudencia en materia de declaraciones reticentes o falsas en contratos de seguros, alguna doctrina ha emanado de la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, a saber:
 - ⇒ En el contrato de seguro la veracidad de los datos que suministre el interesado en la cobertura con respecto a las circunstancias fácticas que determinan el riesgo asegurable adquiere particular importancia y determina la voluntad de la aseguradora, con respecto a si el riesgo excede o no de lo que cubre la póliza (sentencia 1102-2023)
 - ⇒ Las omisiones intencionales, lesivas o abusivas no pueden quedar impunes, dado que la ley no ampara el abuso del derecho o su ejercicio antisocial; dichas declaraciones falsas u omisas pueden tener repercusiones importantes en la valoración del riesgo y podrían generar la anulabilidad del contrato (sentencias 1474-2014, 1102-2023, 1311-2023).
 - ⇒ Un agente de seguros es el primer selector de riesgo al momento de suscribir una póliza y debe actuar con rigor profesional, sin ligerezas ni superficialidades (sentencia 1474-2014).
 - ⇒ La falta de conocimiento del hecho (falsedad) no exime de responsabilidad al tomador (sentencia 154-2019).
 - ⇒ Las exigencias de orden público y las normas legales que propenden al bien común se incorporan a la contratación, ya que no incorporarlas lastimaría la buena fe en la ejecución del contrato de seguro (sentencia 2185-2020).
 - ⇒ No es necesaria una relación causal entre el dato declarado de forma reticente o falsa y la causa del siniestro que luego se presente (en

tal sentido sentencias 2185-2020 y 1311-2023; en sentido contrario sentencia 370-2021).

- ⇒ Los cuestionarios que utilicen las aseguradoras para recabar la declaración del riesgo no deben ser en exceso genéricos ni revestir excesiva amplitud (sentencia 370-2021).
- ⇒ Aunque el consumidor tenga como tal la protección de la ley, tiene también deberes básicos como contratante, siendo uno de ellos conducirse de buena fe y de manera veraz respecto de la información relevante para el riesgo asegurable (sentencia 1102-2023).
- ⇒ El consumidor de seguros es responsable de lo que firma y declara, incluso si tuvo asistencia para llenar el formulario de declaración y aun cuando no lo haya llenado de su puño y letra (sentencias 1102-2023 y 1311-2023).
- ⇒ La aseguradora no está obligada a practicar exámenes médicos a la hora de valorar el riesgo previo a aceptarlo o no; el no practicar dichos exámenes no exime al tomador del seguro de su deber de declarar el riesgo de forma veraz y completa (sentencia 1311-2023).

BIBLIOGRAFÍA

Leyes

Código Civil (1887), Editec Editores, S.A.

Ley de Seguros (1924) (derogada), SINALEVI.

Ley Reguladora del Contrato de Seguro (2011), SINALEVI.

Doctrina

DONATI, A. (1952). *Tratatto del Diritto delle Assicurazioni Private*, Vol. I. Multa Paucis.

PÉREZ VARGAS, V. (1994). “Patología Negocial: Invalidez e Ineficacia del Negocio Jurídico”. En: *Derecho Privado*, Litografía e Impresnta Lil, S.A.

PÉREZ VARGAS, V. y UMAÑA ROJAS, A.L. (1994). “Elementos del Negocio Jurídico”. En: *Derecho Privado. Litografía e Imprenta Lil, S.A.*

STIGLITZ, R. *Derecho de Seguros* (2004), Tomo I. La Ley, S.A.

TORREALBA, F. *Principios de Derecho Privado*, Tomo IV (2019). Editorial Juricentro.

VEIGA COPO, A. *El Riesgo en el Contrato de Seguro*, (2015). Editorial Aranzadi, S.A.

VEIGA COPO, A. *Tratado del Contrato de Seguro*, Tomo I, 4ta ed. (2016). Editorial Aranzadi, S.A.

Sentencias

Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 1474-2014 de las 9:40 del 11 de noviembre de 2014.

Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 154-2019 de las 9:30 del 28 de febrero de 2019.

Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 2185-2020 de las 11:12 del 13 de agosto de 2020.

Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 370-2021 de las 11:55 del 18 de febrero de 2021.

Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 1102-2023 de las 10:21 del 5 de julio de 2023.

Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, Resolución No. 1311-2023 de las 9:32 del 27 de julio de 2023.