

Sentencias relacionadas

AP Barcelona, S 17-07-2019, nº 438/2019, rec. 1090/2018

RESUMEN: Deber de declarar las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo. Omisión. La **AP** señala que, aunque se omitió la preexistencia de antecedentes psiquiátricos en el cuestionario de salud en el que se preguntaba si se padecía o se había padecido alguna enfermedad o dolencia, con mención expresa de ansiedad o depresión, esa omisión no comporta la infracción del deber del tomador del seguro de declarar las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, entre otras razones que se recogen en la **sentencia**, porque los antecedentes no son graves, toda vez que se trata de un único episodio de baja laboral por ansiedad, por un período no prolongado; y porque no ha quedado suficientemente acreditada la relación de causalidad entre los trastornos depresivos o de ansiedad anteriores y las patologías que motivaron la declaración de incapacidad permanente absoluta cubierta por el seguro litigioso (FFJJ 3, 4 y 5).

Procedimiento: Recurso de apelación Sentido del fallo: Estimación

PTE.: Ninot Martínez, Ana María

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO .

En fecha 21 de noviembre de 2018 se han recibido los autos de Procedimiento ordinario 1253/2015 remitidos por Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Sabadell a fin de resolver el recurso de apelación interpuesto por el Procurador Oscar Bagan Catalan, en nombre y representación de Marisa contra **Sentencia** - 13/04/2018 y en el que consta como parte apelada el Procurador Teresa Prat Ventura, en nombre y representación de CATALUNYA CAIXA VIDA, S.A.

SEGUNDO .

El contenido del fallo de la **Sentencia** contra la que se ha interpuesto el recurso es el siguiente:

" Decideixo desestimar la demanda presentada pel procurador Sr. Colom, en representació de la Sra. Marisa , contra l'entitat Catalunya Caixa Vida SA de Seguros y Reaseguros, amb imposició a la part actora de les costes causades en el plet."

TERCERO.

El recurso se admitió y se tramitó conforme a la normativa procesal para este tipo de recursos.

Se señaló fecha para la celebración de la deliberación, votación y fallo que ha tenido lugar el 17/07/2019.

CUARTO.

En la tramitación de este procedimiento se han observado las normas procesales esenciales aplicables al caso.

Se designó ponente a la Magistrada D^a Ana Maria Ninot Martinez .

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.-

El presente procedimiento se inició por demanda presentada por Dña. Marisa contra CATALUNYACAIXA VIDA SA en reclamación de 26.000 €, más el interés previsto en el [art. 20 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) .

Aduce la demandante que concertó tres contratos de préstamo en fechas 17/9/2009, 22/10/2009 y 10/10/2011 y en las mismas fechas suscribió sendos contratos de seguro que cubrían las contingencias de fallecimiento e invalidez absoluta y permanente. En fecha 22 de abril de 2015, la Sra. Marisa fue declarada en situación de incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo trabajo. Comunicado el siniestro, la compañía aseguradora dio cumplimiento a los dos contratos de seguro de 2009, pero lo rechazó respecto del contrato de 10/10/2011 alegando la existencia de patologías previas que no habían sido declaradas por la Sra. Marisa en el cuestionario de salud. La actora sostiene que esas patologías previas no pueden ser tildadas de graves, ni son causa de la declaración de invalidez y que, en todo caso, ha actuado de buen fe.

A la pretensión deducida se opuso CATALUNYACAIXA VIDA SA alegando que la Sra. Marisa ha infringido el deber de lealtad y buena fe previsto en el [art.10 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) por cuanto no declaró estar en tratamiento antidepresivo y haber padecido ansiedad a pesar de que en el cuestionario de salud se le preguntó si había sufrido depresión o ansiedad. La demandada manifiesta que abonó las indemnizaciones correspondientes a los otros dos contratos de seguro porque eran de fecha anterior a los antecedentes médicos mencionados. Con carácter subsidiario, solicita que se aplique la regla de equidad del [art. 10 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) . Y finalmente se opone a la aplicación del [art. 20 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) .

La **sentencia** del Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Sabadell desestima la demanda, con imposición de las costas a la parte actora. La Juzgadora de instancia razona que " la prova practicada ha acreditat que, en el moment de contestar el qüestionari de salut, la Sra. Marisa coneixia perfectament que patia i havia patit de depressió i d'ansietat, i que va ocultar aquestes circumstàncies a l'asseguradora malgrat les preguntes directes del qüestionari que feien referència a aquests trastorns ". Y concluye que " la declaració de la incapacitat laboral permanent i absoluta de la Sra. Marisa , va ser causat per malalties que estan en estreta relació amb els trastorns de depressió i ansietat, segons el pèrit mèdic que ha declarat en l'acte de judici ".

Frente a dicha resolución se alza la actora Dña. Marisa , que recurre en apelación denunciando la incongruencia de la **sentencia** y la errónea valoración de la prueba. La demandada, por su parte, se opone al recurso y muestra su conformidad con la **sentencia** de instancia cuya íntegra confirmación interesa.

SEGUNDO.-

En su primer motivo de apelación, la recurrente afirma que " la **sentencia** objeto de recurso es incongruente con las pretensiones deducidas por esta parte actora en su escrito de demanda y reivindicadas en el acto de la audiencia previa al juicio y en el propio juicio, omitiendo de forma notoria expresarse y decidir respecto de determinados e importantes puntos litigiosos que, en definitiva, no han sido considerados por el Juzgador ", para concluir que " la **sentencia** de instancia vulnera, en definitiva, el art. 218 LEC ". En concreto, la actora reprocha a la Juzgadora que en la **sentencia** no haya dicho nada sobre los dos contratos de 2009 cuya indemnización sí fue abonada por la aseguradora.

La congruencia de las **sentencias** se mide por el ajuste entre la parte dispositiva de la resolución judicial y los términos en que las partes han formulado sus pretensiones y peticiones, de manera tal que no puede la **sentencia** otorgar más de lo que se hubiera pedido en la demanda, ni menos de lo que hubiera sido admitido por el demandado, ni otorgar otra cosa diferente que no hubiera sido pretendido (STS 20 de **julio** de 2017).

En el presente caso, no hay ninguna duda de que la **sentencia** ha resuelto sobre lo que constituía el objeto del proceso, desestimando la pretensión ejercitada, por lo que no cabe hablar de incongruencia. Además, debe recordarse que las **sentencias absolutorias** no pueden ser por lo general incongruentes porque resuelven sobre todo lo pedido (SSTS 30 de abril de 2014 , 20 de **julio** , 6 de junio y 15 de enero de 2013).

En realidad, lo que denuncia la apelante no es propiamente la incongruencia sino la falta de motivación de la **sentencia** al alegar que la **sentencia** no ha contemplado uno de los argumentos esgrimidos por la demandante para hacer valer su pretensión, como era el hecho de que la compañía aseguradora hubiera abonado las indemnizaciones correspondientes a los contratos de 2009. Pero en contra de lo afirmado por la actora, ello no es una pretensión, sino sólo un argumento, una alegación en defensa de sus intereses. Ciertamente, la **sentencia** es parca en motivación y no aborda todos los argumentos deducidos por las partes, pero explica, aunque sea brevemente, por qué desestima la demanda, esto es, porque la Juzgadora considera acreditado que la demandante conocía que padecía ansiedad y depresión y lo ocultó al cumplimentar el cuestionario de salud y estos trastornos están en estrecha relación con las enfermedades por las que se declaró la incapacidad laboral permanente absoluta.

El motivo, por tanto, ha de ser desestimado.

TERCERO.-

La **sentencia** desestima la demanda en aplicación de lo dispuesto en el [art. 10 LCS](#) , por lo que se impone hacer algunas consideraciones generales sobre dicho precepto y la jurisprudencia que lo interpreta.

Dispone el citado [art. 10 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) 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 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.

Por lo que se refiere a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, podemos citar la STS de 21 de enero de **2019** :

" De la doctrina de esta sala sobre el [art. 10 LCS](#) (de la que son recientes ejemplos las **sentencias** 621/2018, de 8 de noviembre , 562/2018, de 10 de octubre , 563/2018, de 10 de octubre , 528/2018, de 26 de septiembre , 426/2018, de 4 de **julio** , 323/2018 de 30 de mayo , 273/2018, de 10 de mayo , 542/2017, de 4 de octubre , 222/2017, de 5 de abril , 726/2016, de 12 de diciembre , 157/2016, de 16 de marzo , y 72/2016, de **17** de febrero) se desprende, en síntesis: (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 por la mera 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, sí está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal; (iii) que el cuestionario no ha de revestir una forma especial de la que deba depender su eficacia (aceptándose también como cuestionario las "declaraciones de salud" que a veces se incorporan a la documentación integrante de la póliza); y (iv) que lo que esta sala 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.

Como recuerdan estas **sentencias**, la aplicación concreta de dicha jurisprudencia ha llevado a esta sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración-cuestionario."

CUARTO.-

En el caso enjuiciado, son hechos acreditados de interés para la resolución del recurso, los siguientes:

1) La Sra. Marisa concertó en fechas **17** de septiembre y 22 de octubre de 2009 dos contratos de préstamo con Catalunya Banc y sendos contratos de seguro que cubrían entre otras contingencias la de invalidez permanente absoluta.

2) En fecha 10 de noviembre de 2011, la Sra. Marisa suscribió un nuevo contrato de préstamo por importe de 26.000 € (folio s 41 y 42).

3) En la misma fecha, la Sra. Marisa suscribió un contrato de seguro que cubría la contingencia de invalidez absoluta y permanente con un capital asegurado de 26.000 €, siendo beneficiario Catalunya Banc por el importe pendiente de amortizar del préstamo concedido y por el exceso, el cónyuge no separado legalmente, los hijos, los padres y los herederos del asegurado (folios 42 bis y 43).

4) Para la suscripción del contrato de seguro, se cumplimentó un documento de "declaración de salud", que, entre otros extremos, pregunta al asegurado (folio 44):

- ¿Ha de someterse o ha estado sometido en los últimos 10 años a algún tratamiento, o recibe actualmente tratamiento médico? , contestando la Sra. Marisa negativamente.

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o dolencia, o le han recomendado la realización de pruebas o investigaciones médicas? (Como por ejemplo: dolencias del corazón, del riñón, de las vías respiratorias o del sistema circulatorio, hipertensión, tumores, cáncer, accidentes cerebro-vasculares, afecciones de los ojos [miopía con más de 8 dioptrías], o de los oídos, ansiedad, depresión , neurosis, diabetes, dolencias del hígado, alteraciones del colesterol, triglicéridos, enfermedades infecciosas, dolencias del aparato locomotor, artrosis, fibromialgia, fatiga crónica, dolencias del aparato digestivo u otras por Vd. conocidas) , siendo la respuesta negativa.

5) En fecha 22 de abril de 2014 se reconoció a la Sra. Marisa la situación de incapacidad permanente en grado de absoluta para todo tipo de trabajo por las dolencias de trastorno bipolar tipo I y episodio actual depresivo moderado, sin síntomas psicóticos con dos ingresos en unidad de psiquiatría por intento autolítico (folios 45 y 46).

6) Como antecedentes médicos de carácter psiquiátrico constan:

- Cuadro depresivo después del parto del segundo hijo hace 32 años, sin tratamiento farmacológico.
- Tratamiento antidepresivo con citalopram desde el año 2007.
- Baja laboral desde el 12 de noviembre al 10 de diciembre de 2010 por trastorno de pánico (ansiedad paroxística).

7) Comunicado el siniestro a la compañía aseguradora, ésta ha abonado las indemnizaciones correspondientes a los contratos de seguro de 2009 (folio 47), pero lo rechazó respecto del contrato de noviembre de 2011.

QUINTO.-

La apelante funda su recurso en los argumentos siguientes: 1) Dado que la compañía abonó las indemnizaciones correspondientes a los contratos de 2009, los únicos antecedentes médicos que deben ser examinados son los comprendidos entre la anterior póliza (22/10/2009) y la que se reclama (10/11/2011) porque respecto de los anteriores la compañía no consideró que ninguno impidiera el reintegro del capital asegurado; 2) Los antecedentes de salud de la Sra. Marisa no son causa del trastorno bipolar tipo I que motiva la declaración de incapacidad permanente absoluta; 3) la prueba pericial aportada por la demandada es poco rigurosa y además no se permitió a la actora realizar en el acto del juicio las aclaraciones oportunas; 4) la jurisprudencia del Tribunal Supremo exige, para que la aseguradora se libere de pagar la indemnización, que los antecedentes médicos omitidos sean graves, que precisamente sean la causa de la producción del siniestro y que el asegurado haya actuado deliberadamente con engaño para provocar error en el asegurador, ninguna de cuyas premisas se da en el presente caso; y 5) la Sra. Marisa ha actuado siempre de buena fe.

Revisada nuevamente la prueba practicada y visionada la grabación del acto del juicio, la conclusión alcanzada por la Sala no coincide con la de la Juez de instancia.

Como decíamos en nuestra **sentencia de 8 de marzo de 2019**, ponente, Sra. Fernández de Frutos:

" El art. 10 LCS al imponer el deber del tomador de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este le presenta, todas las circunstancias que conozca que pueden influir en la valoración del riesgo, pretende evitar que se produzca un error sustancial sobre las circunstancias motivadoras o causantes del contrato, viciando el consentimiento prestado por la compañía aseguradora. Por ello si se omiten circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlos conocido el asegurador hubiesen influido decisivamente en la decisión de celebrar el contrato, bien habiendo optado por su no celebración, bien habiéndolo celebrado en condiciones distintas, y dicha omisión responde a una actuación dolosa o a culpa grave, se produce una exoneración de indemnizar por la entidad aseguradora en el supuesto de producirse el siniestro.

El referido deber de declaración previsto en el art. 10 LCS no implica la obligación de la persona de manifestar cuál es su concreta situación de salud, sino de dar respuesta a lo que le pregunta el asegurador mediante el correspondiente cuestionario, por lo que el asegurado queda exonerado del deber si el asegurador no le somete el cuestionario o las preguntas del mismo son genéricas, de lo que resulta que el asegurador tiene un deber de diligencia respecto a dicho cuestionario.

El dolo al que se refiere el art. 10 LCS requiere que el sujeto al que se presenta el cuestionario de salud oculte voluntariamente datos relevantes que debía manifestar porque tendrían influencia en la estimación del riesgo siendo consciente de que no debía silenciarlos. Por tanto, se trata de un

supuesto de dolo negativo, ya que la persona silencia hechos y circunstancias influyentes y determinantes en la conclusión del contrato.

Para apreciar dicho dolo se requiere la concurrencia de un elemento subjetivo, la mala fe del sujeto, y otro objetivo, la gravedad, así que padeciese una enfermedad grave o que dicha enfermedad ocultada fuese la causa de la producción del siniestro, frustrando la conducta del asegurado la finalidad del contrato.

La mala fe y la gravedad deben ser probadas por la aseguradora que pretende la exoneración del pago de la correspondiente indemnización. Para ello deberá valorarse, por una parte, la conducta del tomador del seguro, en atención al supuesto concreto; y, por otra, debe precisarse la influencia de las enfermedades omitidas en la valoración del riesgo, así, en el supuesto concreto, debería valorarse si las enfermedades no declaradas guardan conexión con la que produjo la declaración de invalidez permanente absoluta, y si los datos inexactos motivaron que la aseguradora celebrase un contrato que no habría celebrado atendida la naturaleza y función del seguro. La infracción del deber de declaración exacta de las circunstancias que pueden influir en la valoración del riesgo resulta relevante si la inexactitud afecta de forma clara al riesgo asegurado, e influye en su valoración por el asegurador, para ello hay que comparar la enfermedad omitida y el específico siniestro, puesto que si el riesgo que ha dado lugar al siniestro ha sido agravado con la omisión existirá la facultad de exoneración del pago, o, en su caso, y si así se acredita, podría haber influido en el importe de la prima, cabría justificar una reducción del importe de la indemnización."

El motivo por el que la compañía demandada rechaza el siniestro es la preexistencia de antecedentes psiquiátricos que la Sra. Marisa no declaró al cumplimentar el cuestionario de salud y que influían notablemente en el riesgo a asegurar. En concreto, la compañía alude a un cuadro depresivo post parto, al tratamiento antidepresivo con citalopram desde 2007, a la baja laboral de 29 días (del 12/11 al 10/12/2010) por ansiedad paroxística y al diagnóstico de ansiedad en 2011.

Ahora bien, es necesario recordar que, declarada la incapacidad permanente absoluta de la Sra. Marisa, la compañía abonó los capitales asegurados en las pólizas de septiembre y octubre de 2009, algo que la demandada justifica en su escrito de contestación alegando que " los mismos son muy anteriores al presente y a los antecedentes por lo que nada tiene que ver con el presente supuesto ". Tal argumento no es del todo cierto. Los antecedentes del cuadro depresivo post parto y del tratamiento con citalopram son anteriores a las pólizas de 2009, por lo que, si la compañía abonó las indemnizaciones correspondientes a estos contratos, habremos de concluir que tales antecedentes no eran relevantes para la aseguradora porque de otro modo hubiera rechazado el siniestro también en relación a estas pólizas y no lo hizo. De ello se sigue que los antecedentes a que se refiere la compañía como motivo para rechazar el pago sólo pueden ser los aparecidos en el período comprendido entre las pólizas de 2009 y la suscripción del contrato de autos de fecha 10 de noviembre de 2011. Y de este período solo datan la baja laboral de 29 días, del 12 de noviembre al 10 de diciembre de 2010, por trastorno de pánico (ansiedad paroxística) (folio 115) y la mención 2011-(F41.9)-ANSIETAT que se hace en el informe del ICS de fecha 7 de mayo de 2014 (folio 105).

Es un hecho incontrovertido que la Sra. Marisa no declaró esta patología cuando contestó el cuestionario de salud, pues cuando se le preguntó si padecía o había padecido alguna enfermedad o dolencia, con mención expresa de ansiedad o depresión, contestó negativamente. De lo que se trata es de determinar si esta omisión comporta la infracción del deber que impone al asegurado el [art. 10 LCS \(EDL 1980/4219\)](#).

Y entendemos que la respuesta ha de ser negativa. En primer lugar, porque los antecedentes a que antes aludíamos no son graves, toda vez que se trata de un único episodio de baja laboral por ansiedad, por un período no prolongado (29 días). En segundo lugar, porque la mención 2011-(F41.9)-ANSIETAT que se contiene en el informe de la médico de familia del Institut Català de la Salut, es

inespecífica o genérica, no constando que hubiera dado lugar a baja laboral. En tercer lugar, porque estas dolencias no precisaron, o al menos no consta, de tratamiento médico especializado con asistencia de psiquiatras o psicólogos, ni tampoco de tratamiento farmacológico distinto del citalopram que ya venía tomando desde el año 2007. En cuarto lugar, porque no es hasta diciembre de 2013, más de dos años después de la suscripción del contrato, que la Sra. Marisa ingresa en la unidad de salud mental del Hospital de Sabadell siendo diagnosticada de trastorno afectivo bipolar mixto, consignando el informe " s'orienta el quadre como primer episodi mixt en pacient amb antecedents de quadres depressius..." (folios 110 a 112); la actora realizó un segundo ingreso en fecha **17** de febrero de 2014 por presentar ideación autolítica estructurada (folios 108 y 109). En quinto lugar, porque a entender de la Sala no ha quedado suficientemente acreditada la relación de causalidad entre los trastornos depresivos o de ansiedad anteriores y las patologías que motivaron la declaración de incapacidad permanente absoluta consistentes en " trastorno bipolar tipo I y episodio actual depresivo moderado sin síntomas psicóticos con dos ingresos unidad de psiquiatría por intento autolítico ". Es verdad que el Dr. Cayetano , perito de la parte demandada, manifiesta en su informe que la Sra. Marisa ha presentado como enfermedades anteriores a la emisión de la póliza las de antecedentes de cuadro depresivo de inicio post parto segundo hijo hace 27 años sin tratamiento, tratamiento antidepresivo con citalopram desde hace 7 años (2007), mayo 2011-ansiedad, y baja laboral desde 12-11-2010 hasta 10-12-2012 por trastorno de pánico (ansiedad paroxística); afirma que " como consecuencia de las enfermedades preexistentes y por el empeoramiento en el tiempo y a pesar de los tratamientos que realiza desde hace 7 años conocidos (2007) le ha sido concedida la incapacidad permanente en el Grado de Absoluta "; y concluye que " el nexo de causalidad es CIERTO-DIRECTO Y TOTAL entre la enfermedad preexistente y la que le conceden la invalidez absoluta " (folios 125 a 127). Sin embargo, el perito no explica esa relación de causalidad, no la justifica. Y aunque el acto del juicio, el Dr. Cayetano declaró que el trastorno bipolar se sustenta en un estado depresivo, estimamos que dicha explicación no es suficiente para justificar la relación de causalidad. Que el trastorno bipolar es algo más y algo diferente a un cuadro depresivo lo evidencia que el dictamen propuesta del INSS contemple de forma separada el " trastorno bipolar tipo I y episodio actual depresivo moderado ". Es evidente que la incapacidad viene motivada por el trastorno bipolar, no por el episodio actual depresivo moderado, siendo así que el trastorno bipolar no es diagnosticado hasta el mes de diciembre de 2013. No hay constancia de que con anterioridad a esa fecha la Sra. Marisa presentara ningún síntoma de dicho trastorno bipolar y entendemos que la baja de 29 días por ansiedad no es un antecedente con la suficiente gravedad y entidad para afirmar que la actora actuó dolosamente con infracción de lo previsto en el [artículo 10 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) . Se impone, por tanto, la estimación de la pretensión de la demanda.

SEXTO.-

La compañía aseguradora se opone a la aplicación del interés previsto en el [artículo 20 LCS](#) alegando que la falta de satisfacción de la indemnización obedece a una causa absolutamente justificada, cual es la concurrencia de tan graves antecedentes médicos.

Señala la STS de 8 de febrero de 2017 que " La jurisprudencia de esta Sala sobre la interpretación y aplicación de la regla del artículo 20. 8º LCS quedó detalladamente expuesta, con exhaustiva relación de sus precedentes, en la **Sentencia** 743/2012, de 4 de diciembre , que recoge la más reciente 206/2016, de 5 de abril .

"Si bien de acuerdo con lo dispuesto en el [artículo 20.8º LCS \(EDL 1980/4219\)](#) , la existencia de causa justificada implica la inexistencia de retraso culpable o imputable al asegurador, y le exonera del recargo en que consisten los intereses de demora, en la apreciación de esta causa de exoneración esta Sala ha mantenido una interpretación restrictiva en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados ([SSTS 17 de octubre de 2007, RC n.º 3398/2000 \(EDJ 2007/222926\)](#) ; 18 de octubre de 2007, RC n.º 3806/2000 ; 6 de noviembre de 2008, RC n.º 332/2004 ; 7 de junio de

2010, RC n.º 427/2006 ; 1 de octubre de 2010, RC n.º 1314/2005 ; **17** de diciembre de 2010, RC n.º 2307/2006 ; 11 de abril de 2011, RC n.º 1950/2007 y 7 de noviembre de 2011, RC n.º 1430/2008 , entre las más recientes).

"En atención a esta jurisprudencia, si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para que la oposición de la aseguradora se valore como justificada a efectos de no imponerle intereses ha de examinarse la fundamentación de la misma, partiendo de las apreciaciones realizadas por el tribunal de instancia, al cual corresponde la fijación de los hechos probados y de las circunstancias concurrentes de naturaleza fáctica necesarias para integrar los presupuestos de la norma aplicada.

"Esta interpretación descarta que la mera existencia de un proceso, el mero hecho de acudir al mismo constituya causa que justifique por sí el retraso, o permita presumir la razonabilidad de la oposición. El proceso no es un óbice para imponer a la aseguradora los intereses a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación misma de indemnizar ([SSTS 7 de junio de 2010, RC n.º 427/2006 \(EDJ 2010/113280\)](#) ; 29 de septiembre de 2010, RC n.º 1393/2005 ; 1 de octubre de 2010, RC n.º 1315/2005 ; 26 de octubre de 2010, RC n.º 667/2007 ; 31 de enero de 2011, RC n.º 2156/2006 ; 1 de febrero de 2011, RC n.º 2040/2006 y 26 de marzo de 2012, RC n.º 760/2009). En aplicación de esta doctrina, la Sala ha valorado como justificada la oposición de la aseguradora que aboca al perjudicado o asegurado a un proceso cuando la resolución judicial se torna en imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura, en cuanto hechos determinantes del nacimiento de la obligación, si bien la jurisprudencia más reciente es aún más restrictiva y niega que la discusión judicial en torno a la cobertura pueda esgrimirse como causa justificada del incumplimiento de la aseguradora cuando la discusión es consecuencia de una oscuridad de las cláusulas imputable a la propia aseguradora con su confusa redacción ([SSTS de 7 de enero de 2010, RC n.º 1188/2005 \(EDJ 2010/3497\)](#) y de 8 de abril de 2010, RC n.º 545/2006).

"En todo caso y a pesar de la casuística al respecto, viene siendo criterio constante en la jurisprudencia no considerar causa justificada para no pagar el hecho de acudir al proceso para dilucidar la discrepancia suscitada por las partes en cuanto a la culpa, ya sea por negarla completamente o por disentir del grado de responsabilidad atribuido al demandado en supuestos de posible concurrencia causal de conductas culposas ([STS 12 de julio de 2010, RC n.º 694/2006 \(EDJ 2010/190363\)](#) y [STS 17 de diciembre de 2010, RC n.º 2307/2006 \(EDJ 2010/302995\)](#)), del mismo modo que no merece tampoco para la doctrina la consideración de causa justificada la discrepancia en torno a la cuantía de la indemnización, cuando se ha visto favorecida por desatender la propia aseguradora su deber de emplear la mayor diligencia en la tasación del daño causado, a fin de facilitar que el asegurado obtenga una pronta reparación de lo que se considere debido ([SSTS de 1 de julio de 2008, RC n.º 372/2002 \(EDJ 2008/111574\)](#) ; 1 de octubre de 2010, RC n.º 1315/2005 y 26 de octubre de 2010, RC n.º 667/2007), sin perjuicio, como ya se ha dicho, de que la aseguradora se defienda y de que, de prosperar su oposición, tenga derecho a la restitución de lo abonado. En relación con esta última argumentación, es preciso traer a colación la jurisprudencia que ha precisado que la iliquidez inicial de la indemnización que se reclama, cuantificada definitivamente por el órgano judicial en la resolución que pone fin al pleito, no implica valorar ese proceso como causa justificadora del retraso, ya que debe prescindirse del alcance que se venía dando a la regla in iliquidis non fit mora (tratándose de sumas ilíquidas, no se produce mora), y atender al canon del carácter razonable de la oposición (al que venimos constantemente haciendo referencia) para decidir la procedencia de condenar o no al pago de intereses y concreción del dies a quo (día inicial) del devengo, habida cuenta de que la deuda nace con el siniestro y el que la **sentencia** que la cuantifica definitivamente no tiene carácter constitutivo sino meramente declarativo de un derecho que ya existía y pertenecía al perjudicado (entre las más recientes, [SSTS de 1 de octubre de 2010, RC n.º 1315/2005 \(EDJ 2010/213606\)](#) ; 31 de enero de 2011, RC n.º 2156/2006 ; 1 de febrero de 2011, RC n.º 2040/2006 y 7 de noviembre de 2011, RC n.º 1430/2008)".

En la misma línea cabe citar, entre las más recientes, las **Sentencias** 194/2015, de 30 de marzo (Rec. 1443/2010), 581/2015, de 20 de octubre (Rec. 2102/2013), y 641/2015, de 12 de noviembre (Rec. 1585/2013). "

En el presente caso, no se estima concurrente ninguna causa justificada. La alegación que la compañía hace a " tan graves antecedentes médicos " no son en realidad tales, debiendo recordar que la aseguradora asumió el pago de las indemnizaciones de las póliza de 2009.

Así pues, procede estimar el recurso de apelación presentado por la Sra. Marisa contra la **sentencia** dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Sabadell, que revocamos, acordando en su lugar estimar íntegramente la demanda interpuesta por Dña. Marisa contra Catalunya Caixa Vida SA de Seguros y Reaseguros, condenando a la entidad demandada a abonar a la actora la suma de 26.000 €, mediante la cancelación de lo que reste del capital del préstamo suscrito en fecha 10 de noviembre de 2011 y el sobrante mediante pago a la demandante, más el interés previsto en el [artículo 20 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) , con imposición de las costas a la parte demandada.

SEXTO.-

De conformidad con lo previsto en el [artículo 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil \(EDL 2000/77463\)](#) , dada la estimación del recurso no se hace especial pronunciamiento respecto de las costas de esta alzada.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación al caso de autos

FALLO

ESTIMAMOS el recurso de apelación interpuesto por Dña. Marisa contra la **sentencia** dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Sabadell en fecha 13 de abril de 2018 en autos de Juicio Ordinario núm. 1253/2015, que revocamos, acordando en su lugar estimar íntegramente la demanda presentada por Dña. Marisa contra Catalunya Caixa Vida SA de Seguros y Reaseguros, condenando a la entidad demandada a abonar a la actora la suma de 26.000 €, mediante la cancelación de lo que reste del capital del préstamo suscrito en fecha 10 de noviembre de 2011 y el sobrante mediante pago a la demandante, más el interés previsto en el [artículo 20 LCS \(EDL 1980/4219\)](#) , con imposición de las costas a la parte demandada.

No se hace especial pronunciamiento respecto de las costas de esta alzada.

Respecto al depósito que ha constituido la parte recurrente, debe acordarse lo que proceda conforme a lo dispuesto en la [DA 15ª de la LOPJ \(EDL 1985/8754\)](#) .

Modo de impugnación: recurso de CASACIÓN en los supuestos del [art. 477.2 LEC \(EDL 2000/77463\)](#) y recurso extraordinario POR INFRACCIÓN PROCESAL (regla 1.3 de la DF 16ª LEC) ante el Tribunal Supremo ([art.466 LEC \(EDL 2000/77463\)](#)) siempre que se cumplan los requisitos legales y jurisprudencialmente establecidos.

También puede interponerse recurso de casación en relación con el Derecho Civil Catalán en los supuestos del art. 3 de la Llei 4/2012, del 5 de març, del recurs de cassació en matèria de dret civil a Catalunya.

El/los recurso/s se interpone/n mediante un escrito que se debe presentar en este Órgano judicial dentro del plazo de VEINTE días, contados desde el siguiente al de la notificación. Además, se debe constituir, en la cuenta de Depósitos y Consignaciones de este Órgano judicial, el depósito a que se refiere la [DA 15ª de la LOPJ \(EDL 1985/8754\)](#) reformada por la [LO 1/2009, de 3 de noviembre \(EDL 2009/238888\)](#).

Lo acordamos y firmamos.

Fuente de suministro: Centro de Documentación Judicial. IdCendoj: 08019370172019100437