

SENTENCIA N° 000403/2018

SECCIÓN OCTAVA

=====
Ilmos/as. Sres/as.:

Presidente

D. JOSÉ LUIS GÓMEZ MORENO MORA

Magistrados/as

D. JUAN CARLOS MOMPÓ CASTAÑEDA

D. VALENTÍN BRUNO RUÍZ FONT
=====

En la ciudad de VALENCIA, a trece de septiembre de dos mil dieciocho.

Vistos por la Sección Octava de esta Audiencia Provincial, siendo ponente el Ilmo. Sr. D. JOSE LUIS GOMEZ-MORENO MORA, los autos de Juicio Ordinario, promovidos ante el Juzgado de 1ª Instancia nº 3 de Onteniente, con el nº 000605/2013, por representada en esta alzada por el Procurador Dª. Mª Teresa Sanjuan Mompó y dirigido por el Letrado D. Jorge Fuset Domingo contra AXA SEGUROS GENERALES S.A. representado en esta alzada por el Procurador Dª. Virtudes Mataix Ferré y dirigido por el Letrado D. José Crespo, pendientes ante la misma en virtud del recurso de apelación interpuesto por AXA SEGUROS GENERALES S.A.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La sentencia apelada, pronunciada por el Sr. Juez de 1ª Instancia nº 3 de Onteniente, en fecha 15 de diciembre de 2016, contiene el siguiente: “FALLO:ESTIMO, en parte, LA DEMANDA presentada por frente a AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS , y en consecuencia CONDENO a la citada demandada a abonar a la actora la cantidad de 120.000 EUROS. Cada parte deberá abonar las costas causadas en el presente procedimiento y las comunes por mitad”.

SEGUNDO.- Contra la misma, se interpuso en tiempo y forma recurso de apelación por AXA SEGUROS GENERALES S.A., habiéndose impugnado la sentencia por Dª

, siendo remitidos los autos a esta Audiencia, donde se tramitó la alzada, señalándose para Deliberación y votación el 10 de septiembre de 2018.

TERCERO.- Se han observado las prescripciones y formalidades legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Se interpone demanda por contra la compañía de seguros AXA seguros generales con base al siguiente relato: que resulta viuda de ; quien dirigía un grupo de empresas en las que ostentaba desde la presidencia hasta la secretaria del Consejo pasando por el control final de las operaciones, como ocurría en la empresa Aridos Albaida y este tenía concertado una póliza individual de accidentes con la cobertura de fallecimiento en la suma de 120.000 € , de la que se aporta una copia sin firma de aquel , contratada en enero del 2004 con 61 años de edad dicha persona; siendo que el 27 /5/2009 sufre un infarto de miocardio por el que fallece el día 5 /6/2009 con motivo de la fuerte presión y estrés derivados de los problemas económicos del propio grupo, y de una fuerte discusión con su hijo; encontrándose dicha situación cubierta por la póliza suscrita en su momento, de hecho en el instante en el que se comunica el siniestro se apertura el correspondiente expediente sí bien acaba siendo rechazada la situación por la compañía hoy demandada.

Se contesta a la demanda alegando básicamente que no fallece a causa de un accidente sino por la evolución de una serie de dolencias cardíacas que ya parecía, por tanto debe destacarse que además se encontraba jubilado y no ejercía profesión alguna como corresponde; en todo caso tal como establece las condiciones generales no se aporta documento de tribunal alguno que declare accidente dicho fallecimiento.

Se dicta sentencia con fecha 15 /12/2016 en cuyo fallo se estima en parte la demanda presentada condenando a la compañía demandada al pago de 120000 €.

SEGUNDO.- Se aceptan los fundamentos jurídicos de la resolución apelada.

Una adecuada resolución del pleito requiere un resumen del tracto intelectual que sigue la sentencia, en esta al folio 237 del tomo tercero tras determinar como antecedentes tanto la demanda como la contestación, se especifica que en realidad lo que se está reclamando es la cantidad completa de la póliza de seguros suscrita bajo el riesgo de la vida

de _____ que fallece el 5/6/2009 siéndole de aplicación la Ley de Contrato de Seguros 50/1980 y diversa jurisprudencia que se va mencionando a lo largo del folio 240 y siguientes para pasar posteriormente al análisis de la propia póliza conforme a las condiciones particulares de la misma a su artículo segundo, cuarto, y 14 centrando la controversia sobre los presupuestos exigibles para que el fallecimiento sea objeto de cobertura con especial referencia a los problemas del infarto que es el motivo principal de muerte; concetrandose la resolución al final en la pericial presentada por la propia actora, la mismísima hoja de defunción y las testificales de su hijo y de un empleado de una sucursal bancaria ambos relatando la existencia de unas fuertes discusiones sobre la situación del Grupo Financiero dirigido por el fallecido así como determinados detalles del _____, en el que ostentaba diversos cargos desde la Presidencia del Consejo de Administración a la secretaria del Consejo de distintas empresas. En ese sentido al folio 244 al párrafo tercero, se establecen todos los antecedentes médicos del fallecido así: diabético, hipertenso y aquejado de una cardiopatía isquémica; se reseña al folio 244 último párrafo vuelta, que en ningún momento se somete a dicha persona a un cuestionario de salud, y ello con independencia de ser un seguro de accidentes. De esta manera y manteniendo que el origen o causa del fallecimiento es la situación de estrés que se subsume en las últimas discusiones mantenidas por el fallecido, la resolución se inclina por la consideración de la cobertura del accidente dentro de la póliza, pues se incluye cuando sea accidente laboral pero no se excluye expresamente cuándo no sea accidente laboral expresamente declarado, no siendo posible mantener requisitos de orden procesal en el sentido de atribuir a su conocimiento a la Jurisdicción Social dada la condición de autónomo del fallecido. Se excluye la aplicación de los intereses especiales por aplicación del párrafo octavo del artículo 20 y se estima en parte la demanda presentada condenado al pago de 120000 € a la demandada sin expresa imposición de costas.

Se interpone recurso de apelación por la compañía de seguros AXA SEGUROS GENERALES en consideración a distintos tipos de razones que se van ampliando a lo largo del recurso, y en tal sentido: el fallecido no estaba realizando una actividad profesional al tiempo del fallecimiento, de manera que aquel se produce no a consecuencia de una actividad profesional, y siendo que el infarto de miocardio aún no laboral no es objeto de cobertura en la póliza y por último el hecho de considerar la jurisdicción social como la competente para cualquier declaración respecto a la consideración de accidente laboral. En este último apartado se hace una serie de alegaciones, que en realidad pretenden imponer la jurisdicción social como determinante teniendo en cuenta que en ningún momento se ha

planteado ningún tipo de declinatoria por parte de la entidad demandada; de particular importancia el párrafo quinto del folio 251 vuelta, pues revela que realmente lo que se está solicitando es la aplicación de criterios sociales a la declaración civil de accidente. En segundo lugar se establece error en valoración de la prueba sobre la base de considerar la sentencia apelada el infarto aún no siendo consecuencia del accidente de trabajo se encuentra dentro del riesgo asegurado; en tal sentido se niega dicha situación por el apelante siendo transcrito el artículo segundo apartado primero de la póliza en tal sentido "*...el infarto de miocardio sobrevenido en el ejercicio de actividad profesional que sea considerado accidente de trabajo por los tribunales competentes ...*" no obstante ello la juzgadora dentro del riesgo asegurado considera dicho infarto, en la misma línea y como complemento del anterior motivo tercero lo que hace es considerar que no estaba desempeñando en realidad una actividad laboral cuando sufre dicha enfermedad (27/5/2009) pues en realidad era administrador societario de una de las empresas encontrándose en situación de jubilado desde junio del 2008 además de haber sido cesado en su condición de administrador único y en tal sentido en el mismo mes del mismo año se le revocan los poderes. Cómo tercer motivo se rechaza la posibilidad de considerar que dentro del riesgo asegurado se encontraba el infarto (5/6/2009), y se hace referencia a la necesidad de haberse obtenido un pronunciamiento de los tribunales sociales al respecto. Por último se niega la existencia de un vínculo entre la motivación que la sentencia recoge como origen del infarto al folios 255 bajo el ordinal 6º .

Asimismo se IMPUGNA parcialmente la sentencia por parte de es decir la actora, dicha impugnación se constriñe exclusivamente a los temas referentes a los intereses del artículo 20 de la LCS y a las costas, en tal sentido se subraya el hecho de que los intereses de demora hay necesidad de darles aplicación en tanto que la reclamación se hace en octubre del 2009 en todo caso se señala distinta jurisprudencia en la que se considera que la existencia de un proceso judicial no exime del devengo de intereses y en todo caso la necesidad de la imposición de costas en tanto existe una doble cobertura parto por una parte el artículo ciento de Ley de Contratos y por otra el hecho de que es una causa externa asegurada dentro de la actividad profesional ejecutada.

TERCERO.- fallece el 5/6/2009 (65 años) habiendo suscrito una póliza individual de accidentes con la cobertura completa de fallecimiento de 120000 € que fue suscrita en enero del 2004 (61 años) , siendo la causa de fallecimiento un infarto agudo de miocardio (66 años); actividad profesional desarrollaba se constreñía a la

establecer que no hay visita personal y que ha sido requerido por la compañía demandada y utiliza entre otras cuestiones los informes médicos que se le han aportado estableciendo como causa de fallecimiento el desencadenante progresivo de varios procesos coronarios sucedidos en varios días; considera el informante que no se han cumplimentado especialmente la declaración por tribunal competente como accidente de trabajo el suceso acaecido. de esta manera las consideraciones con las que termina el informe especifican que no se cumple la normativa existente marcada por el condicionado de la póliza en cuestión de especial relevancia al coincidir con la contestación, es el subrayar que no está demostrado que la supuesta discusión haya sido productora del estrés previo al incidente que podría ser objetivamente la causa del fallecimiento.

Dicho lo anterior resulta lógico que las fuertes discusiones con su hijo dan como consecuencia el elemento determinante para el desencadenamiento de la muerte, siendo además necesario recalcar que la llevanza de la cantera , el cumulo de deudas y la situación organica del fallecido tampoco son ajenas, pero como dice la sentencia de instancia, parecen más concurrentes que determinantes. Las sentencias de 14 de junio de 2010 y 13 de mayo de 2011 del Tribunal Supremo : “... Respecto a la prueba pericial, esta Sala ha venido declarando que solo es posible con carácter excepcional la impugnación de su valoración: a) cuando se ha incurrido en un error patente, ostensible o notorio... (SSTS de 8 de noviembre de 1994 , 10 de noviembre de 1994 , 18 de diciembre de 2001 , 8 de febrero de 2002),... b) cuando se extraigan conclusiones contrarias a la racionalidad, absurdas o que conculquen los más elementales criterios de la lógica (SSTS de 28 de junio de 2001 , 18 de diciembre de 2001 ; 8 de febrero de 2002 , 21 de febrero de 2002 , 13 de diciembre de 2003 , 31 de marzo de 2004 y 9 de junio de 2004),... o se adopten criterios desorbitados o irracionales (SSTS de 28 de enero de 1995 , 18 de diciembre de 2001 , 19 de junio de 2002),... c) cuando se tergiversen las conclusiones periciales de forma ostensible, o se falsee de forma arbitraria sus dictados (SSTS 20 de febrero de 1992 ; 28 de junio de 2001 ; 19 de junio de 2002 , 19 de julio de 2002 ; 21 de febrero de 2003 , 28 de febrero de 2003 ; 24 de noviembre de 2004), y,... d) cuando se efectúen apreciaciones arbitrarias (STS 3 de marzo de 2004) o contrarias a las reglas de la común experiencia (SSTS STS de 29 de abril de 2005, RC n.º 420/1998),...” En defecto de todo ello la valoración de la prueba es función de la instancia (SSTS de 27 de mayo de 2007, RC n.º 2613/2000 , 24 de septiembre de 2007, RC n.º 4030/2000 , 15 de abril de 2008, RC n.º 424/2001 y 29 de enero de 2010, RC n.º 2318/2005). La vía invocada por la recurrente y el precepto formalmente alegado no permiten la

revisión de la valoración de la prueba pericial efectuada por la Audiencia Provincial que -dicho sea para más completa tutela de la recurrente- esta Sala no considera que haya sido ilógica, arbitraria o manifiestamente errónea, a la vista de los informes elaborados por los peritos judiciales y de la declaración de éstos en el juicio " .Es decir debe considerarse correcta la exclusión de la pericial demandada y de la misma manera inclinarse hacia aquella pericial que conlleva una información de orden personal obtenida directamente del propio paciente, y no por el contrario presentada con la contestación a la demanda que en realidad carece de este último aserto. Siendo así que la pericial se encuentra bien analizada y su concurrencia, con la intervención de quienes estuvieron presentes en el momento de la discusión o conocían de la situación digamos que precaria o difícil del grupo empresarial que estaba dirigiendo el fallecido.

CUARTO.- La sentencia recurrida no hace una especial consideración a que la falta de firma de las condiciones generales priva de eficacia al acotamiento del riesgo genérico descrito en las coberturas incluidas en las condiciones particulares. La doctrina que debe invocarse alude al supuesto de condiciones generales de delimitación del riesgo y a su equiparación con las cláusulas limitativas de derechos del asegurado. Esta doctrina ha sido superada por la jurisprudencia generada con la sentencia del Pleno de la Sala Primera del Tribunal Supremo de fecha 11 de septiembre de 2006 y reiterada por otras posteriores (5, 8 y 30 de marzo y 13 de septiembre de 2007), que considera innecesaria la específica y expresa aceptación de las condiciones de delimitación del riesgo. Pero la doctrina que se invoca no alude al supuesto de la falta de firma de las condiciones particulares, sino a la falta de firma de condiciones generales o especiales (folio 23 de la demanda) cuando sus cláusulas delimiten el riesgo definido en las condiciones particulares (infarto). La controversia doctrinal surge en relación con los supuestos en los que las condiciones generales y -en su caso- las especiales, no aparecen firmadas y limitan la cobertura o los derechos de los asegurados, pero no cuando ni siquiera las condiciones particulares están firmadas(folio 32).

El artículo 3 de la LCS establece que las condiciones generales han de estar suscritas (firmadas) para ser vinculantes, aunque tampoco indica en qué forma ha de llevarse a cabo la aceptación por escrito (la jurisprudencia precitada considera suficiente que en las condiciones particulares conste la expresa aceptación de aquellas), y también alude a la expresa aceptación por escrito de las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado. Pero el artículo 3 de la LCS no dice absolutamente nada acerca de cómo se ha de expresar el consentimiento en relación con las condiciones particulares.

No consta que la demandante o el fallecido disponían de una copia de las condiciones particulares que sí aparecen firmadas por la aseguradora, y del pago de la prima se infiere su limitado consentimiento con ellas; en el recibo de pago de prima girado al demandante (se aporta uno bis) se hacen constar las coberturas, y se indica "fallecimiento"(folio 32).

Si la falta de firma nos lleva a excluir la aceptación por parte del asegurado, tal falta de aceptación se predicaría de la totalidad de las condiciones generales y no sólo respecto de parte de sus menciones. Y la falta de aceptación del contrato lo convertiría en inexistente, con lo que el asegurado carecería de legitimación activa por no existir contrato. Si el demandante asume su condición de asegurado es con base en las condiciones particulares del contrato de seguro por la aceptación de la aseguradora: si se suma a la aceptación del contrato (aunque no lo haya firmado) ha de asumir aquello a lo que se ha comprometido la aseguradora (que sí lo ha firmado), y si no acepta el contrato éste deviene inexistente. Pero en realidad la discusión queda centrada en el concepto de muerte por infarto y si este se encuentra dentro del riesgo asegurado y no en la falta de firma que sí bien se menciona no se hace más que para delimitar aquellas cláusulas lesivas para los derechos del fallecido. Por lo que este argumento queda desestimando.

Una de las cuestiones planteadas a lo largo del procedimiento y por vía de recurso específicamente, resultan del tema de la falta de test de condiciones particulares del fallecido para el contrato de seguro en concreto; de esta manera el fallecido no cumplimentó porque no se le exigió, test ninguno sobre sus condiciones físicas para la contratación, de hecho no debe olvidarse que en el condicionado de orden general se establece una edad límite que ya estaba rebasada en el momento en el que se contrata con la demandada y en el que se le pasa el primer recibo. Y debe tenerse a sí mismo en consideración que las consecuencias de una negativa o cumplimentación incompleta de un test presentado en tiempo y forma pueden redundar pérdida de la capacidad para rescindir e incluso dar lugar a la negativa de pago indemnizatorio. En tal sentido esta Sección ya se ha pronunciado en los siguientes términos : SAP, APV Civil sección 8 del 21 de diciembre de 2016 : "...El artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro establece que el tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta,(...)quedando exonerado de tal deber si el asegurador no le somete a cuestionario (...)l. Como declara la SS. del T.S. de 17-2-16 , a título de ejemplo, la jurisprudencia de esta Sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro (entre las más recientes, las SS. de 2-12-14 y 4-12-14, que a su vez citan y

extractan las de 14-6-06 , 11-5-07 , 15-11-07 y 3-6-08) viene declarando que dicho precepto, ubicado dentro del título I referente a las disposiciones generales aplicables a toda clase de seguros, ha configurado, más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador (...). Configurado así este deber, según la SS. del T.S. de 4-12-14 , las consecuencias de su incumplimiento son las establecidas en los párrafos segundo y tercero del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro y consisten en: a) La facultad del asegurador de rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitudes del tomador del seguro. b) La reducción de la prestación del asegurador proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Esta reducción se produce únicamente si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión y c) La liberación del asegurador del pago de la prestación. Este efecto solo se produce, según el último inciso del precepto, si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro....” .Este tema debe tenerse en consideración a los efectos correspondientes sobre la sistemática seguida por la demandada pues tal como se ha dicho no solo no puede redundar en este caso en concreto por simple ausencia del test en la reducción de la prima, que además en este caso en concreto no hay posibilidad siquiera de aplicación, sino que la aseguradora no puede aducir ahora la ausencia de puesta en conocimiento de circunstancias en concreto que varíen el riesgo, pues para poder aducir semejante cuestión de riesgo tiene que haber sido sobre circunstancias sobrevenidas después de la firma de la póliza y de la obligación la obligación de hacer el test que no ha verificado la compañía. En tal sentido ya se ha pronunciado la jurisprudencia menor pues sí bien en un supuesto muy similar al presente lo bien cierto es que la conclusión de la ausencia de test, por falta de exigencia de la compañía de seguros en lo que redunda simplemente es en la pérdida de posibilidades por parte de la entidad aseguradora de todos los elementos de limitación que habría podido obtener en el caso de que el que se hubiera estado mal rellenado o dolosamente cumplimentado, de manera tal que en realidad también pierde la posibilidad de oponer tales tipos de cuestiones en este procedimiento, cuestión absolutamente ausente en este supuesto en concreto simplemente por no haber sido requerido para ello en tal sentido Audiencia Provincial de Madrid, Sección 11ª, Sentencia de 24 Nov. 1998. .

Debe tenerse en consideración, tal como la propia demanda específica, que la situación del fallecido resulta especialmente estresante si se tiene en consideración no solo los distintos cargos que desempeña el mismo por tanto su actividad profesional, con independencia que se tenga que aplicar los criterios sociales de un autónomo; de dicha

situación debe establecerse primero que ostentaba la presidencia del consejo de administración de un grupo inmobiliario, secretario de ese mismo Consejo en una sociedad dedicada a las excavaciones, presidente también de otros servicios y la supervisión de las actividades correspondientes a una sociedad limitada (folio 5º de la demanda) a ello debe añadirse que el día anterior a tener que ser ingresado en el hospital aquejado de un problema cardiovascular mantiene una discusión enormemente violenta con su hijo, que parece deriva de la relación de llevanza de una cantera, y las deudas entre otras cuestiones enormes, que el grupo empresarial estaba sufriendo, estas son las consideraciones que además la sentencia de primera instancia reúne para verificar que la causa externa, directa y no orgánica está producida y debe recordarse que el TS ATS, Civil sección 1 del 28 de febrero de 2018 ha declarado a este respecto: "...unas muy concretas circunstancias, ha llegado a considerar «accidente» el infarto de miocardio. Sin embargo obvia que cuando lo ha hecho ha sido partiendo de la consideración de que el infarto derivaba de una causa externa, no interna o endógena..." "... Es cierto que esta Sala en ocasiones, excepcionalmente y cuando el fallecimiento de la persona se produce por infarto de miocardio lo ha equiparado a "accidente" a efectos del contrato de seguro, pero para ello ha exigido unos requisitos muy concretos, como que obedezcan a causa externa, inmediata y ajena a factores orgánicos, requisitos que coinciden en este caso. En tal sentido la Sentencia de 11 de noviembre de 2003 señaló que, "si bien el infarto de miocardio no está comprendido en los supuestos del artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro , salvo estipulación, sin embargo, debe comprenderse dentro del seguro de accidente cuando tenga su génesis en una causa externa, y a tal efecto se ha tomado en consideración la causa inmediata consistente en la presión y el estrés consecuencia del aumento del trabajo (Sentencia de 14 de junio de 1994), el esfuerzo físico en el desarrollo del trabajo para el que se hallaba capacitado (Sentencia de 27 de diciembre de 2001) y el esfuerzo y tensiones en el desempeño del trabajo (Sentencia de 27 de febrero de 2003)"..." en la misma línea , de esta se encuentra la sentencia de la APV SENTENCIA Nº 633/2012 DE AP VALENCIA, SECCIÓN 6ª, 16 DE NOVIEMBRE DE 2012 :“...Entre otras muchas, la de esta Sala 7 de junio de 2006, que declaró que la causa de la lesión ha de ser externa, respecto al cuerpo de la víctima, ya que se entiende que la lesión corporal ha de tener su origen en una causa diversa de un padecimiento orgánico, que no sea desencadenado de forma exclusiva, o, fundamentalmente, por una enfermedad (Sentencias de 13 de febrero de 1968, 29 de junio de 1968 y 23 de febrero de 1978), habiéndose considerado el infarto, como accidente, con criterio restrictivo, cuando el evento causante de la cardiopatía han sido determinadas causas externas e inmediatas,..." . asimismo tiene que tenerse en consideración

que las circunstancias concretas para apreciar el accidente cardiovascular tampoco tienen porque quedar constreñidas a criterios sociales pues estos más de una vez han sido rechazados por la jurisprudencia, entre otras por la sentencia citada, y así: "... «que en el campo del seguro de accidentes, a la vista del artículo 100 de la ley de contrato de seguro , declara "irrelevante que en el plano laboral se apreciara accidente in itinere "». Lo relevante es que la causa sea externa, lo que se ha probado y basta leer el informe del medico acompañado a la demanda. También con posterioridad, la sentencia 709/2015, de 18 de diciembre , contiene, en lo que interesa, las precisiones siguientes:«En el seguro voluntario de accidentes, el artículo 100 LCS delimita el riesgo asegurado como objeto del seguro, "como lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal, permanente o muerte "....". De esta manera estamos hablando de una póliza con unas condiciones generales admitidas por el suscribiente pero no firmadas, y en tal sentido paga la prima, sin haberse realizado test ninguno que vincule a aquel para con respecto a información suplementaria sobre su situación física, lo que conlleva entre otras cuestiones como ya hemos dicho limitación en cuanto a las armas jurídicas que puede utilizar la demandada todo ello bajo la óptica de que el infarto está incluido en los términos de la póliza que en este caso además se produce directamente por el trabajo realizado por ; todo ello conduce a la confirmación de la sentencia en los términos expuestos en la misma.

QUINTO.-En lo concerniente al primero de los motivos de impugnación aducidos por la actora, la Sala no comparte los postulados del impugnante en orden a la estimación de su pretensión, habida cuenta que como es sabido, tras una titubeante doctrina jurisprudencial, la STS (1ª) de STS 28-11-2011 entre otras ha venido a señalar en relación a estos intereses de demora y la necesaria procedencia de su imposición que: "...A la hora de determinar qué ha de entenderse por causa justificada a los efectos de la aplicación de la regla octava del artículo 20 LCS en la redacción dada por la Disposición Adicional sexta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, esta Sala (entre otras, SSTS de 17 de octubre de 2007; 18 de octubre de 2007; 6 de noviembre de 2008; 16 de marzo de 2010; 7 de junio de 2010; 29 de septiembre de 2010; 1 de octubre de 2010; 17 de diciembre de 2010 y 11 de abril de 2011) ha seguido una línea interpretativa que ha llevado a excluir su apreciación cuando carece de justificación la oposición al pago frente a la reclamación del asegurado o perjudicado aunque se formule en un proceso judicial, pues la razón del mandato legal radica en evitar el perjuicio que para aquellos deriva del retraso en el

abono de la indemnización y en impedir que se utilice el proceso como instrumento falaz para dificultar o retrasar el cumplimiento de la expresada obligación, sin que lo expuesto impida que la aseguradora pueda obtener de forma efectiva su tutela jurídica en el pleito, que, de prosperar su oposición, conllevará la devolución de la cantidad satisfecha o previamente consignada, por ser total o parcialmente indebida. En esta línea, viene declarando esta Sala que si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para vencer la oposición de la aseguradora se hace necesario examinar la fundamentación de la misma, partiendo de las apreciaciones realizadas por la AP, a quien, como declara reiteradamente la jurisprudencia, corresponde la fijación de los hechos probados y las circunstancias concurrentes de naturaleza fáctica necesarias para integrar los presupuestos de la norma aplicada, siendo criterio de esta Sala al respecto, que ni la mera existencia de un proceso, o el hecho de acudir al mismo, constituye causa en sí misma justificada del retraso, ni es óbice para imponer a la aseguradora los intereses cuando no se aprecia 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; 29 de septiembre de 2010; 1 de octubre de 2010; 26 de octubre de 2010; 31 de enero de 2011 y 1 de febrero de 2011)....”

En aplicación de esta doctrina, la Sala ha valorado como justificada la oposición de la aseguradora que aboca al asegurado o perjudicado a un proceso cuando la resolución judicial se torna en imprescindible, lo que en este caso resulta poco discutible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura, en cuanto hechos determinantes del nacimiento de su obligación de la aseguradora, (SSTS de 7 de enero de 2010, y de 8 de abril de 2010). concurriendo en este caso los supuestos expresados, es claro que no procede la imposición de los referidos intereses. El motivo no se acoge.

Respecto a las costas o más exactamente al párrafo correspondiente del artículo 20 de la LCS lo bien cierto es que no se observa justificación ninguna para una especial imposición de las mismas a ninguna de las partes en consideración no sólo razonamientos verificados con anterioridad que serían suficientes, si no tampoco por la argumentación utilizada por el impugnante por lo que queda tal como se especifica en el fallo a saber sin una expresa imposición de costas y cada parte abonará las causadas a su instancia y las comunes por mitad.

SEXTO.- La desestimación del recurso y de la impugnación conlleva que se impongan a cada parte las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad (art. 398

L.E.C).

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación.

FALLO

PRIMERO.- SE DESESTIMA el recurso de apelación interpuesto por AXA seguros contra la sentencia dictada con fecha 15/12/2016 por el Juzgado de Primera Instancia n° 3 de Onteniente en Juicio 574/2017.

SE DESESTIMA la impugnación alegada por _____ contra la sentencia dictada con fecha 15/12/2016 por el Juzgado de Primera Instancia n° 3 de Onteniente en Juicio 574/2017.

SEGUNDO.- SE CONFIRMA íntegramente la citada resolución.

TERCERO.- SE IMPONEN las costas causadas en esta alzada de la forma especificada en el cuerpo de esta resolución.

Así por esta nuestra Sentencia, de la que se unirá certificación al rollo, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.