

Audiencia Provincial de Cádiz, Sección 8ª, Sentencia 212/2022 de 20 Jul. 2022, Rec. 226/2022

Ponente: Rodríguez Bermúdez de Castro, Ignacio.

Nº de Sentencia: 212/2022

Nº de Recurso: 226/2022

Jurisdicción: CIVIL

ECLI: *ES:APCA:2022:1869*

16 min

Calificación como accidente de la invalidez del asegurado causada por la situación estresante aguda que le provocó recibir un email comunicándole que se le relevaba de sus funciones

SEGURO DE ACCIDENTES. Cobertura de la invalidez del asegurado causada por la situación estresante aguda que le provoca recibir un email que le comunica que se le releva de sus funciones. Evento involuntario, externo, violento y súbito. No cabe hablar de evento intencionado, ni de lesión corporal causada o fingida. La noticia recibida por el actor determina la concurrencia del requisito de la cualidad externa del evento enjuiciado. La violencia se predica de la intensidad del resultado producido y su capacidad lesiva, en este caso, evidente, al provocar la invalidez del actor. Intereses del art. 20 LCS. No imposición. No cabe apreciar que el retraso en el abono de la indemnización haya respondido a una conducta de mala fe, en el sentido de carente de causa justificada, por parte de la aseguradora que, a pesar de la ausencia de incertidumbre alguna, haya acudido al procedimiento de forma abusiva y dilatoria.

La AP Cádiz revoca parcialmente la sentencia del Juzgado en el sentido de no aplicar los intereses del art. 20.4 LCS.

TEXTO

AUDIENCIA PROVINCIAL DE CADIZ

Sección Octava

Avd. Alvaro Domecq 1, 2ª planta

Tlf.: 956033400. Fax: 956033414

NIG: 1102042120200007243

SENTENCIA n° 212

ILMOS SRES.

PRESIDENTE:

D. IGNACIO RODRIGUEZ BERMUDEZ DE CASTRO

MAGISTRADOS:

D. BLAS RAFAEL LOPE VEGA

D^a. ESTHER MARTÍNEZ SAÍZ

APELACIÓN CIVIL, ROLLO 226/22-PQ

Asunto: 797/2022

Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Jerez

Juicio Ordinario 1004/20

En la Ciudad de Jerez de la Frontera, a veinte de Julio de dos mil veintidós.

Vistos por la **Sección Octava** de esta Audiencia integrada por los Magistrados indicados al margen, el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia dictada en autos de Juicio Ordinario 1004/20, seguidos en el Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Jerez de la Frontera , recurso que fue interpuesto por **SEGUROS EL CORTE INGLÉS VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S. A.**, representada por la Procuradora D^a. **Eloísa Fontán Orellana** y asistida del Letrado **D. Juan José Sanz Delgado**; siendo parte apelada D. Ricardo, representado por el Procurador **D. Joaquín Yañez Mendoza** y asistidos del Letrado **D. José Luis Lechuga Sancho**; sobre **reclamación de cantidad**.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO- . La Ilma. Sra. Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Jerez de la Frontera dictó Sentencia con fecha ocho de Abril de dos mil veintidós, en cuyo fallo se establecía lo siguiente: " *Que debo estimar y estimo íntegramente la demanda interpuesta por el Procurador Sr. Yañez Mendoza, en nombre y representación de d. Ricardo, contra Seguros El Corte Inglés Vida, Pensiones y Reaseguros, S. A., y en consecuencia, debo condenar y condeno a la demandada a abonar al demandante la cantidad de 132.100 euros reclamada, más el interés del*

artículo 20.4 desde la fecha del siniestro, con expresa condena en costas a la demandada"

SEGUNDO- . Contra dicha resolución se interpuso en tiempo y forma recurso de apelación por la representación de la demanda, y admitido el recurso, se dio traslado del mismo a la parte contraria, quien procedió a oponerse al mismo, y se elevaron las actuaciones a esta Sala.

TERCERO- . Recibidas las actuaciones, se le dio el trámite pertinente, y se procedió a la deliberación, votación y fallo de la presente resolución.

CUARTO- . En la tramitación de este recurso se han observado las formalidades legales.

Ha sido ponente el Ilmo. Sr. Magistrado D. IGNACIO RODRIGUEZ BERMUDEZ DE CASTRO, quien expresa el parecer del Tribunal.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO- . La sentencia estima íntegramente la demanda que tiene su origen en la póliza firmada por el actor con la demandada, que cubría el fallecimiento o invalidez permanente absoluta del actor, pero doblando la indemnización si ello se producía por accidente. La aseguradora ya abonó en su día la cantidad establecida como indemnización básica, y se discutía en el procedimiento si procedía que pagara el doble al tratarse de un accidente.

La juzgadora ha entendido que estamos ante un accidente lo ocurrido el 20 de Febrero de 2015, que produzco la baja laboral el 23 de Febrero de 2015 y que llevó a la declaración de la incapacidad permanente absoluta el 16 de junio de 2015. La juzgadora entiende que el accidente fue la crisis de ansiedad grave que sufrió el actor al recibir un correo electrónico que le relevaba de sus funciones. La demandada ha entendido siempre que ello se produjo al ser el punto culminante de la evolución patológica y física del actor. Y en definitiva el fondo del asunto es saber si estamos ante un accidente, tal y como lo entiende el [artículo 100 de la ley del contrato de seguro \(LA LEY 1957/1980\)](#). Y a estos efectos es reveladora la sentencia de la Sala de lo Civil del [Tribunal Supremo de fecha 15 de Julio de 2020 \(sentencia 426/2020 \(LA LEY 91107/2020\)\)](#) que establece que " El seguro de accidentes tuvo su origen

histórico en la necesidad de resarcir las lesiones personales derivadas de los accidentes de ferrocarril. Posteriormente, amplió su campo de actuación a la esfera laboral con la pretensión de cubrir los accidentes sufridos por los trabajadores en el desempeño de sus funciones, que se desarrolló normativamente bajo la tutela de la legislación laboral. En su progresiva evolución incrementó su ámbito específico de cobertura a otra clase de accidentes, producidos en variados ámbitos sectoriales de la actividad humana, tales como deportes, viajes, determinadas profesiones, etc.

2.- A diferencia del seguro de responsabilidad civil, por medio del cual se pretende la indemnidad patrimonial del asegurado ante la eventualidad de daños sufridos por personas o cosas de los que deba responder en los términos del art. 73 de la LCS, en el caso del seguro de accidentes se da cobertura a la circunstancia de haber sufrido el asegurado u otra persona una lesión corporal o la muerte derivada de un supuesto calificable como tal "accidente".

3.- También se diferencia el seguro de accidentes del derecho de daños, pues no pretende cubrir un eventual y posible daño patrimonial, sino corporal. Su objeto no es el daño causado en una cosa, sino el sufrido por una persona. Se trata, por lo tanto, de un seguro de personas (STS 29 de enero de 1996 (LA LEY 7209/1996)), en cuyas pólizas se contiene una valoración anticipada o forfait de las sumas aseguradas, según las lesiones, incapacidades o muerte sufridas derivadas del accidente, configurándose de tal manera como un seguro de sumas.

4.- Tampoco cabe confundir el seguro de accidentes con el seguro de vida, en la medida en que en éste es la muerte o la supervivencia, o ambas a la vez, las que conforman el objeto de la cobertura, que obliga a la compañía aseguradora a satisfacer al beneficiario un capital, renta u otras prestaciones convenidas (art. 83 LCS); mientras que lo que cubre el seguro de accidentes es la lesión corporal, que llegue a producir la muerte - o la invalidez temporal o permanente - del asegurado, como consecuencia del accidente (art. 100 LCS).

5.- En este esfuerzo delimitador, la sentencia de esta Sala núm. 1148/2003, de 27 de noviembre (LA LEY 132/2004), diferenció también el seguro de accidentes, del seguro de vida y del del seguro de enfermedad:

"[...] en el seguro sobre la vida, para el caso de muerte, el riesgo asegurado es precisamente el fallecimiento de la persona, cualquiera que sea su causa, salvo que ésta se encuentre excluida de manera expresa en la póliza (artículo 91). En el seguro de enfermedad, el riesgo es precisamente la presencia de ésta, que puede ser causa no sólo de los gastos necesarios para su cuidado, sino también de una invalidez, temporal o permanente, pero, a diferencia de lo que sucede en el accidente, la enfermedad ha de deberse a unas causas diversas a las que producen éste".

Por tanto, la enfermedad queda cubierta por el seguro, si se trata de un seguro de enfermedad, cualquiera que sea su causa, sin perjuicio de la delimitación del riesgo que puedan pactar las partes, pero sólo queda cubierta por un seguro de accidentes cuando la causa de la enfermedad, que derive en la muerte o invalidez del asegurado, sea un accidente.

Es decir, el seguro de accidentes no queda delimitado negativamente por la inexistencia de una enfermedad, sino que lo determinante es si la lesión corporal sufrida, y que deriva en resultado de muerte o invalidez, ha sido causada por un "accidente" en el sentido que a esta expresión le da el art. 100 LCS. En esta medida no existe una dicotomía excluyente entre accidente y enfermedad, pues la lesión corporal causada por el accidente puede derivar en un proceso patológico temporal o permanente. Lo relevante es la causa eficiente que provoca dicho resultado, y si dicha causa puede o no subsumirse en el concepto legal de "accidente". Lo que obliga a precisar el concepto jurídico de "accidente" a los efectos de la aplicación del régimen legal del contrato de seguro de accidentes.

Pues bien, conforme al precitado art. 100 LCS: " Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte".

Conforme a esta definición legal, para que se produzca el siniestro típico es necesario la confluencia de una cadena o sucesión de hechos con relevancia jurídica, íntimamente conectados entre sí, que la doctrina denomina "desgracia accidental", consistentes en la concurrencia de: (i) un evento violento, súbito, externo e involuntario

(causa inicial, originadora o eficiente); (ii) que genere una lesión corporal (efecto de la causa inicial y causa secundaria del resultado final); (iii) que, a su vez, produzca invalidez temporal, permanente o la muerte (resultado final).

Por tanto, no cabe confundir la lesión con el accidente. Aquélla es la consecuencia de la concurrencia de una causa violenta súbita, externa y ajena a la voluntad del asegurado. De manera tal que, desde la perspectiva del seguro, no puede haber accidente sin la existencia de una lesión corporal; quedando también al margen de la cobertura las lesiones que no respondan a un evento causante que reúna los requisitos del art. 100 de la LCS. Es igualmente preciso que la lesión sufrida produzca la muerte, la invalidez temporal o permanente.

Sólo la concurrencia de todos estos factores determinará la obligación de la compañía de hacerse cargo del siniestro asegurado, por conformar conjuntamente los elementos constitutivos del accidente objeto de cobertura. Por tanto, resulta preciso su examen individualizado, a fin de permitir delimitar con precisión el concepto de "accidente" que se requiere para poder dar respuesta al recurso interpuesto. Y es precisamente la concurrencia de tales requisitos los que discute la parte apelante, si bien vaya por delante, con ningún éxito. Analizaremos cada uno de estos caracteres separadamente.

Evento involuntario. *Es necesario que el accidente sea ajeno a la intención del asegurado; es decir, que no haya sido buscado de propósito; o, dicho de otra manera, que se produzca independientemente de la voluntad del asegurado.*

En este sentido, el art. 102 de la LCS señala que "si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación". Igualmente, en el supuesto de que el beneficiario "cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor", caso en el cual "la indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a la de los herederos de éste". En definitiva, quien se lesiona voluntariamente no sufre un accidente. Puede interpretarse la intencionalidad como un término equivalente a culpabilidad, al menos en el sentido de entender que la acción realizada por el sujeto ha de haber sido querida por él, siendo, por consiguiente, fruto de su voluntad.

Sólo son susceptibles de ser consideradas como intencionales las situaciones en las que el asegurado provoca consciente y voluntariamente el siniestro o, cuando menos, se lo representa como altamente probable y lo acepta para el caso de que se produzca (SSTS de 9 de junio de 2006 (LA LEY 62718/2006) y [1029/2008, de 22 de diciembre \(LA LEY 235218/2008\)](#)).

En el caso enjuiciado, no podemos hablar, bajo ningún concepto, de evento intencionado, ni de lesión corporal causada o fingida, ni tan siquiera se sugiere por parte de la compañía aseguradora.

Evento externo.*La exterioridad se predica en este caso del cuerpo de la víctima, es decir que la lesión corporal no responda a un proceso patológico interno o endógeno. Es preciso que se desencadene por la acción de fuerzas o causas exteriores al sujeto que sufre el accidente. El carácter externo se refiere a la causa, no a los efectos, que pueden ser trastornos o daños corporales internos.*

La sentencia 613/2000, de 20 de junio (LA LEY 8755/2000), hace hincapié en este requisito, al exigir que se trate de una causa " *proveniente del mundo exterior materialmente perceptible y no a consecuencia de una patología interna o enfermedad del organismo humano que actúa como síndrome subyacente*".

La jurisprudencia es constante cuando exige que la lesión ha de tener su origen en una causa diversa a un padecimiento orgánico, de manera tal que no sea desencadenada, de forma exclusiva, o, fundamentalmente, por una enfermedad (SSTS de 13 de febrero de 1968, 29 de junio de 1968, 23 de febrero de 1978, 7 de junio de 2006 (LA LEY 63043/2006), 10 de diciembre de 2007 (LA LEY 202410/2007) y 118/2008, de 21 de mayo).

Lo que excluye esta jurisprudencia es que la lesión corporal asegurada sea desencadenada "de forma exclusiva, o, fundamentalmente" por una enfermedad. No excluye que a la lesión haya podido contribuir como concausa de carácter secundario una determinada patología previa (por ejemplo, la rotura de huesos por una caída fortuita de una persona que sufra osteoporosis). Dicho en otros términos: la existencia de dicha patología previa no constituye causa de exoneración de la obligación resarcitoria del asegurador (vid. sentencia de esta Sala núm. 1067/2003, de 11 de noviembre (LA LEY 59/2004), en un caso de infarto de miocardio causado

por causa externa en una persona que padecía hipertensión arterial). Como mucho se habla por la apelante el actor ya sufría con anterioridad una cardiopatía isquémica y un trastorno mixto ansioso depresivo, que desde 1999 le había provocado una declaración de minusvalía del 33%. Es evidente que ello no puede equipararse a una causa dolosa, ni incluso imprudente, ya que ha quedado acreditado que el actor siguió trabajando como anteriormente, y solamente sometido a la medicación que tales dolencias aconsejaban. Es más, durante quince años nunca volvió a tener un episodio ni siquiera semejable a un infarto o dolencia parecida. Como bien apunta la parte apelada, antes de sufrir el accidente (20 de Febrero de 2015) no consta ingreso, episodio ni baja o crisis alguna, e incluso con la prueba del talio, posterior al accidente, no se apreciaban defectos de perfusión miocárdica, no existiendo patología cardíaca alguna, siendo el dolor precordial de origen no cardíaco. A ello se une el posterior resultado del Ecocardiograma-Doppler, del que se concluye que padece angina de reposo (vasoespásticas) por estrés, ansiedad, depresión y/o burnout, a pesar de la medicación. Ciertamente es que el actor sufría una cardiopatía de larga evolución, pero estaba perfectamente controlada. Como mantiene el Tribunal Supremo, nos hallaríamos ante un accidente en los episodios cardíacos o vasculares cuando, además de manifestarse súbitamente, concurren con una causa externa, como puede ser, por ejemplo, una fuerte excitación nerviosa debida a una discusión violenta, el hacer un esfuerzo violento o tener una impresión fuerte, entre otros (SSTS, Sala Cuarta, de 12 de diciembre de 1983, 9 de octubre de 1984, 19 de noviembre de 1985, 25 de marzo de 1986, 2 de febrero de 1987, 4 de marzo de 1988, 20 de marzo de 1990, 27 de junio de 1990, 14 de junio de 1994).

La existencia de un diagnóstico por crisis de ansiedad e hipertensiva, como es el caso, exige un trauma psíquico desencadenante que responda a una causa exterior, de la misma manera que las depresiones pueden ser endógenas o exógenas, éstas últimas de naturaleza reactiva a un evento desencadenante mal resuelto o no superado. En el presente caso fue la situación estresante aguda que le provoca recibir el email que le comunica que se le revela de sus funciones.

La jurisprudencia ha admitido que un hecho externo pueda causar una lesión corporal interna, como acontece con la doctrina del tratamiento jurídico del infarto de miocardio como accidente derivado de una situación previa de presión y estrés,

consecuencia del aumento del trabajo (STS de 14 de junio de 1994 (LA LEY 764/1994)), del esfuerzo físico en el desarrollo de la actividad laboral (STS de 27 de diciembre de 2001), del esfuerzo y tensiones en el desempeño del trabajo (STS de 27 de febrero de 2003 (LA LEY 1453/2003)), todas ellas citadas por la sentencia 709/2015, de 18 de diciembre (LA LEY 196613/2015), o incluso proveniente del ejercicio físico de especial intensidad en la práctica deportiva (STS 23 de octubre de 1997 (LA LEY 11278/1997)).

Las definiciones médicas reseñadas, en conjunción con la jurisprudencia citada (que diferencia claramente entre el carácter externo del hecho o evento lesivo y el carácter interno de la lesión corporal), permiten concluir que la noticia recibida por el actor, acreditada en la instancia determina la concurrencia en el presente caso del requisito de la cualidad externa del evento enjuiciado.

Evento violento súbito. *Significa que opera con ímpetu y fuerza contra el cuerpo humano. La violencia se predica de la intensidad del resultado producido y su capacidad lesiva, en este caso, evidente, al provocar la invalidez del actor. En el presente caso, la apelante pone en duda la existencia del correo electrónico que produce la crisis, si bien debemos destacar el oscurantismo y falta de concreción que en este punto ha tenido el actor, hasta el punto de que se ha tenido que determinar el contenido del correo en el presente procedimiento, aunque no de manera rotunda y clara, ha quedado claro que el origen de la crisis fue la lectura de un correo electrónico de origen laboral. Es cierto que el contenido de la mala noticia la juzgadora de instancia manifiesta que no se puede saber, extremo este que tendrá sus consecuencias a la hora de los intereses y las costas, pero de las testificales valoradas por la juzgadora de instancia, se deduce de manera clara y rotunda que la crisis se produjo por la llegada de dicho correo al actor. Solo el Dr. Juan Pedro apunta a que el correo hacva referencia a que dejaba sus funciones de medicina preventiva, ocupándose de asuntos como el control de enfermedades nosocomiales o a la investigación de gérmenes multiresistentes, de evidente interés y contenido científico, a pasar de manera exclusiva a realizar reconocimientos médicos a los trabajadores del hospital, trabajo que poco tenía que ver con su experiencia y su especialidad.*

Además, el hecho desencadenante ha de ser imprevisto, como acontece en el caso que nos ocupa, pues no se ha acreditado que el actor estuviera al tanto de que iba a ser cambiado de destino en su trabajo.

El accidente es un evento que ha de operar con rapidez e intensidad sobre la persona que lo sufra, causándole una lesión corporal. Es decir, el carácter súbito se predica del evento lesivo, de la causa originadora o eficiente de la lesión. Este carácter implica también una inmediatez temporal entre dicho evento y su impacto sobre la persona que lo sufre, pero no requiere que el resultado o efecto lesivo, que ya *in fieri* debe estar presente en el primer momento, inmediato a la aparición del evento causante, haya desplegado toda su eficacia dañosa en esa primera fase temporal. Es decir, no es preciso que el daño asegurado (muerte o invalidez derivada de la lesión corporal) sea también coetáneo a la aparición del evento causante de la lesión, sino que puede aparecer en una fase posterior como consecuencia de la evolución propia de la patología interna generada por el accidente, siempre que el nexo causal entre éste y aquella quede claramente establecido.

Por otro lado, por "lesión corporal", ha de entenderse toda alteración de la integridad del cuerpo humano, tanto en su aspecto físico como psíquico. Por tanto, la lesión sufrida puede ser física y psíquica, sin perjuicio del juego de las cláusulas limitativas del riesgo contratado. Así lo admitió la sentencia del Tribunal Supremo núm. 516/2002, de 30 de mayo (LA LEY 6530/2002), en la que razonamos: "En cuanto al primero de los elementos de esa definición, la "lesión corporal", ha de entenderse por lesión toda alteración de la integridad del cuerpo humano, tanto en su aspecto físico como psíquico; en el presente caso, el padecimiento psíquico del asegurado es consecuencia directa de las lesiones físicas por él padecidas en el accidente de circulación que sufrió. Dada esa relación directa entre las lesiones corporales y el cuadro de stress postraumático que padece el asegurado, no existe obstáculo legal alguno para que, al amparo del art. 100 citado, pueda entenderse que el mismo está amparado por la póliza suscrita dado su carácter accidental y no procedente de un proceso patológico independiente de las lesiones físicas padecidas por el asegurado".

Por todo ello, debemos desestimar el recurso en lo que hace referencia a que no se epdoujera el accidente cubierto por la póliza de seguro.

SEGUNDO- *.En lo que hace referencia a los intereses del art. 20 de la LCS, este regula la mora de las compañías aseguradoras, como claramente resulta de lo dispuesto en el párrafo primero de dicho precepto, cuando establece que " Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas".*

Dentro de las cuales la regla 4.^a señala que la indemnización por mora consistirá en "[...] el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100".

Como ha declarado el Tribunal Supremo de forma reiterada, el art. 20 LCS es una norma de marcado carácter sancionador y de finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador, cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización capaz de proporcionar la restitución íntegra del derecho o interés legítimo del perjudicado (SSTS 13 de junio de 2007; 26 de mayo y 20 de septiembre 2011). El art. 20 LCS es una norma de marcado carácter sancionador y de finalidad claramente preventiva.; y 14 de julio de 2016, El art. 20 LCS es una norma de marcado carácter sancionador y de finalidad claramente preventiva.

La citada regulación legal sobre la mora de las compañías aseguradoras incluye, no obstante, una excepción a la referida obligación indemnizatoria, excepción contenida en la regla 8.^a del mismo art. 20 LCS, que dispone: " *No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable*".

Esta dispensa de la indemnización por mora ha sido objeto de interpretación por una abundante jurisprudencia del tribunal Supremo. La sentencia 73/2017, de 8 de febrero (LA LEY 3497/2017), reiterada por la 461/2019, de 3 de septiembre (LA LEY 125400/2019) , con cita de otras anteriores, resume la jurisprudencia sobre la

interpretación y aplicación de la regla del artículo 20.8.º LCS. Como se recuerda en dicha sentencia, la jurisprudencia ha mantenido una interpretación restrictiva de las causas que excluyen el devengo del interés de demora del art. 20 LCS, en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma, para impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados.

La mera existencia de un proceso judicial no constituye causa que justifique por sí sola el retraso en la indemnización, o permita presumir la racionalidad 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.

Conforme declaramos en la sentencia 489/2016, de 14 de julio (LA LEY 85475/2016), la mora de la aseguradora únicamente desaparece cuando de las circunstancias concurrentes en el siniestro o del texto de la póliza surge una incertidumbre sobre la cobertura del seguro que hace precisa la intervención del órgano jurisdiccional ante la discrepancia existente entre las partes al respecto, en tanto dicha incertidumbre no resulta despejada por la resolución judicial.: (SSTS 13 de junio de 2007; 26 de mayo y 20 de septiembre 2011).

En el presente caso, entiende la Sala que no cabe apreciar que el retraso en el abono de la indemnización en este caso haya respondido a una conducta de mala fe, en el sentido de carente de causa justificada, por parte de la aseguradora que, a pesar de la ausencia de incertidumbre alguna, haya acudido al procedimiento de forma abusiva y dilatoria. Con independencia de que la discrepancia entre las partes se haya resuelto en el sentido favorable a la cobertura del siniestro, ese resultado no puede entenderse como el hito conclusivo inexorable o único compatible con el canon de razonabilidad en el momento inicial del procedimiento.

La prueba de que no era totalmente ilógica e irracional la postura de partida de la demandada resulta del mismo hecho de que su tesis, que partía de la exclusión de la cobertura por considerar que el hecho causante del daño, el correo electrónico recibido por el actor y sobre cuyo contenido este nunca fue muy claro ni esclarecedor, hasta el punto de que las dudas al respecto de la aseguradora eran más que lógicas, por lo que la tesis sostenida en el procedimiento por la demandada

no puede ser calificada de dilatoria ni merecedora de la sanción en que consiste los intereses de demora en la cuantía que los fija el art. 20 LCS.

En congruencia con ello, se ha proclamado que sólo concurre la causa justificada del art. 20.8 de la LCS, en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar; esto es, cuando la resolución judicial deviene imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura (sentencias 252/2018, de 10 de octubre ; 56/2019, de 25 de enero (LA LEY 857/2019) , 556/2019, de 22 de octubre (LA LEY 274851/2019) , 47/2020, de 22 de enero (LA LEY 656/2020) y 419/2020, de 13 de julio (LA LEY 88188/2020) , entre otras muchas). Como decimos, la incertidumbre era lógica, y además fue creada por el propio actor, en cuanto al contenido y sentido del correo electrónico causante del accidente. Por tanto, excluyendo el devengo de los intereses sancionatorios del art. 20 LCS, se devenga a cargo de la aseguradora el interés legal desde la reclamación judicial hasta la fecha de la sentencia de primera instancia, devengándose el interés legal incrementado en dos puntos desde la fecha de dicha sentencia hasta el pago, de acuerdo con el [art. 576 de la LEC \(LA LEY 58/2000\)](#)

TERCERO- . En lo que respecta al pronunciamiento sobre costas, es doctrina jurisprudencial reiterada [SSTS 715/2015, de 14 de diciembre (LA LEY 196136/2015) ; 963/2007, de 14 de septiembre (LA LEY 139719/2007) 739/2007, de 15 de junio (LA LEY 51917/2007) y 671/2007, de 5 de junio (LA LEY 42134/2007) , entre otras] que el sistema general de imposición de costas se basa fundamentalmente en dos principios:

(a) El del vencimiento objetivo, si bien con la pauta limitativa de la posibilidad de excluir la condena cuando concurren circunstancias excepcionales que justifiquen su no imposición (lo que tiene lugar cuando el caso presente serias dudas de hecho o de derecho), por lo transforma el sistema del vencimiento puro en vencimiento atenuado ([artículo 394.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil \(LA LEY 58/2000\)](#)).

(b) El de la distribución, también llamado compensación, que tiene carácter complementario para integrar el sistema, permitiendo que se impongan las costas a una de las partes (se discute si ha de ser total, o cabe hacerlo proporcionalmente,

con opinión mayoritaria favorable a la segunda solución) cuando hubiese méritos para imponerlas por haber litigado con temeridad, pese a no estimarse la demanda en su totalidad ([artículo 394.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil \(LA LEY 58/2000\)](#)).

En el presente caso, el asunto presentaba serias dudas de hecho, en cuanto al origen del accidente, sobre el que incluso la juzgadora entiende que no se puede saber a ciencia cierta, lo que conlleva que no se impongan a ninguno de los litigantes las costas de primera instancia.

CUARTO- . Al estimarse parcialmente, conforme a los [artículos 394 \(LA LEY 58/2000\)](#) y [398 de la LEC. \(LA LEY 58/2000\)](#), no procede hacer condenar al pago de las costas causadas en esta alzada.

VISTOS los artículos citados y demás de pertinente aplicación, en nombre de S. M. El Rey y con la autoridad conferida por el pueblo español, y por cuanto antecede

FALLO

Que **estimando parcialmente** el recurso de apelación formulado por la Procuradora D^a. **Eloísa Fontán Orellana**, en nombre y representación de **SEGUROS EL CORTE INGLÉS VIDA, PENSIONES Y REASEGUROS, S. A.**, **debemos revocar y revocamos parcialmente** la sentencia de fecha ocho de Abril de dos mil veintidós, dictada en el Juicio ordinario 1004/20 del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Jerez de la Frontera, en el sentido de no aplicar los intereses del artículo 20.4 LCS, devengándose el interés legal desde la reclamación judicial hasta la fecha de la sentencia de primera instancia, incrementado en dos puntos desde la fecha de dicha sentencia, así como sin hacer condena alguna al pago de las costas causadas en la primera instancia y en esta alzada.

Contra esta sentencia se puede formular recurso extraordinario por infracción procesal o recurso de casación conforme a la [Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil \(LA LEY 58/2000\)](#), tras la reforma realizada por la [Ley 37/2011 de 10 de octubre \(LA LEY 19111/2011\)](#). Los recursos procedentes se podrán interponer por escrito dentro de los veinte días siguientes al de la notificación, y se deberán presentar ante esta sección para dirigirlo a la Sala Primera del Tribunal Supremo, debiendo el recurrente constituir y acreditar al tiempo de la interposición el correspondiente depósito para recurrir, por importe de cincuenta euros (50 €), para cada uno de

dichos recursos, mediante ingreso en la Cuenta de Consignaciones de esta Sala, abierta en el Banco de Santander, Cuenta Expediente núm. 1465/0000/12/00226/22, debiendo indicar en dicho ingreso que se trata de uno u otro recurso, o de ambos, así como el código 04 ó 06 respectivamente, requisitos sin los cuales no se admitirán a trámite los recursos, todo ello de conformidad con lo dispuesto en la [disposición adicional decimoquinta de la L.O.P.J. \(LA LEY 1694/1985\)](#) 6/85, según [L.O. 1/09 de 3 de noviembre \(LA LEY 19390/2009\)](#).

Así por esta sentencia, juzgando en segunda instancia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACION-. Leída y publicada fue la anterior sentencia por los Sres. Magistrados que la suscriben, estando celebrando audiencia pública en el mismo día de su fecha, doy fé.