



Roj: **STS 5525/2016 - ECLI:ES:TS:2016:5525**

Id Cendoj: **28079119912016100031**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **991**

Fecha: **21/12/2016**

Nº de Recurso: **1937/2014**

Nº de Resolución: **736/2016**

Procedimiento: **Casación**

Ponente: **JOSE ANTONIO SEIJAS QUINTANA**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP V 3201/2014,**  
**STS 5525/2016**

CASACIÓN núm.: 1937/2014

Ponente: Excmo. Sr. D. José Antonio Seijas Quintana

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. M<sup>a</sup> Teresa Rodríguez Valls

**TRIBUNAL SUPREMO**

**Sala de lo Civil**

**PLENO**

**Sentencia núm. 736/2016**

Excmos. Sres.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. José Antonio Seijas Quintana

D. Antonio Salas Carceller

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D. Ignacio Sancho Gargallo

D. Francisco Javier Orduña Moreno

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Eduardo Baena Ruiz

D. Pedro José Vela Torres

D. Fernando Pantaleón Prieto

En Madrid, a 21 de diciembre de 2016.

Esta sala ha visto el recurso de casación contra la sentencia dictada en grado de Apelación por la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Valencia, como consecuencia de autos de juicio ordinario n.º 1883/2012, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Gandía, cuyo recurso fue interpuesto ante la mencionada Audiencia por la representación procesal de Axa Aurora Ibérica, S.A., representada ante esta Sala por el Procurador de los Tribunales don Miguel Ángel Baena Jiménez; siendo parte recurrida don Rosendo, representado por el Procurador de los Tribunales don José María Rico Maesso.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Antonio Seijas Quintana.



## ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** 1.º.- El procurador don Ramón Juan Lacasa, en nombre y representación de don Rosendo , interpuso demanda de juicio sobre ordinario, contra Axa Seguros Generales S.A de Seguros y Reaseguros y alegando los hechos y fundamentos de derecho que consideró de aplicación, terminó suplicando al Juzgado se dictara sentencia en el sentido siguiente:

«se condene a la sociedad demandada AXA SEGUROS GENERALES SA DE SEGUROS Y REASEGUROS, al pago a mi representado, DON Rosendo de la suma reclamada como y que asciende a TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE EUROS CON NUEVE CÉNTIMOS DE 372.739,09 euros) así como a las cantidades que en concepto de indemnización por incapacidad temporal se sigan devengado, a razón de 37,64 euros diarios multiplicado por dos, según condiciones particulares de la póliza suscrita, y hasta recibir mi mandante el alta, más intereses legales con el incremento correspondiente de conformidad con el artículo 20 de la Ley del contrato de Seguro, y costas del presente procedimiento».

2.- El procurador don Vicente Javier Martínez Mestre, en nombre y representación de Axa Aurora Ibérica S.A, contestó a la demanda y oponiendo los hechos y fundamentos de derecho que consideró de aplicación terminó suplicando al Juzgado dictase en su día sentencia por la que alternativamente:

«a) Estimándose la excepción de falta de jurisdicción o de competencia objetiva alegada, se estime que la cuestión deberá someterse al procedimiento pericial prevenido en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro, se desestime la demanda formulada de adverso, sobreseyendo el proceso sin entrar en el fondo del asunto, con expresa condena en costas de la parte actora.

»b) Entrando a conocer del fondo del asunto, se desestime la demanda formulada de adverso respecto de mi mandante, sobreseyendo el proceso respecto de la misma, con expresa condena en costas de la parte actora.

»c) Se estime parcialmente la demanda, respecto de aquellos conceptos indemnizatorios y cantidades cuya necesidad, realidad y cuantía resulten acreditadas de resultados de la prueba que se practique en su día, sin hacer expresa imposición de costas y sin imposición de interés moratorio alguno a mi mandante».

**SEGUNDO.-** Previos los trámites procesales correspondientes y práctica de la prueba propuesta por las partes y admitidas el Sr magistrado juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Gandía dictó sentencia con fecha siete de febrero de 2014, cuya parte dispositiva es como sigue FALLO:

«que desestimando íntegramente la demanda interpuesta por don Rosendo contra Seguros Generales S.A debo absolver y absuelvo a la misma de todos los pedimentos dirigidos en su contra con expresa imposición de cosas a la parte actora»

**TERCERO.-** Contra dicha sentencia interpuso recurso de apelación la representación procesal de don Rosendo . La Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Valencia, dictó sentencia con fecha 23 de mayo de 2014, cuya parte dispositiva es como sigue:

«1. Estimamos en parte el recurso interpuesto por don Rosendo .

»2. Revocamos la sentencia impugnada y en su lugar:

»A) Estimamos en parte la demanda interpuesta por D. Rosendo contra Axa Seguros Generales S.A.

»B) Condenamos a la demandada a pagar al demandante la cantidad de 272.767,25 euros con los intereses al 20% desde el día 21 de mayo de 2.008 hasta su pago.

»C) Cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad. »3. No hacemos expresa condena en costas en este recurso.

»4. Decretamos la devolución del depósito constituido para recurrir».

Se dictó con fecha 11 de junio de 2014 auto de aclaración cuya parte dispositiva dice:

«No ha lugar a la aclaración solicitada por el procurador Ramón Juan Lacasa en nombre del demandante-apelante Rosendo de conformidad con el fundamento jurídico de la presente resolución».

**CUARTO.-** Contra la expresada sentencia interpuso recurso de casación la representación de Axa Aurora Ibérica S.A. con apoyo en los siguientes: Motivos:

«Primero.- Infracción de los artículos 20.3 y 100 de la Ley de Contrato de Seguro, que establecen que en los supuestos de seguro de accidentes y para la garantía de invalidez, el riesgo asegurado, cuya concurrencia es imprescindible para que surja la obligación del asegurador de indemnizar, lo constituye la producción de la invalidez y en supuestos de reclamaciones del asegurado a su aseguradora con base en un seguro de accidentes, en base a la garantía de invalidez o incapacidad permanente, debe considerarse como fecha del



siniestro la fecha de la declaración o del reconocimiento de la invalidez o de la incapacidad permanente, por ser esta la que constituye el riesgo asegurado. En el presente caso estima que la fecha inicial del devengo del interés moratorio previsto en el artículo 20 de la ley 50/1 980, de Contrato de Seguro, será la fecha de la resolución por la que se reconoce al asegurado la incapacidad permanente independientemente de la fecha en la que se produjese el accidente que provocó las lesiones que derivaron en dicha incapacidad o invalidez. Cita en apoyo del interés alegado las Sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2012 y 20 de julio de 2011.

»Segundo.- Infracción del artículo 20.4 de la Ley de Contrato de Seguro, en relación al tipo de interés aplicable para el cálculo de los intereses moratorios, que se devengarán al tipo del interés legal incrementado en un 50% durante los dos primeros años y a un tipo no inferior al del 20% solo desde el segundo año, sin que durante los dos primeros años puedan devengarse a un tipo distinto o superior al interés legal incrementado en un 50% aunque transcurran más de dos años hasta el pago. Sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 1 de marzo de 2007, 20 de septiembre de 2011. La Audiencia Provincial de Valencia condena a Axa al pago del principal con los intereses al 20% desde el día 21 de mayo de 2008, hasta su pago, pues al haber transcurrido más de dos años desde el siniestro, dichos intereses no pueden ser inferiores al 20%».

**QUINTO.-** Remitidas las actuaciones a la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo por auto de fecha 23 de septiembre de 2014, se acordó admitir el recurso interpuesto y dar traslado a la parte para que formalizara su oposición en el plazo de veinte días.

**SEXTO.-** Admitido el recurso y evacuado el traslado conferido, el procurador don José María Rico Maesso, en nombre y representación de don Rosendo, presentó escrito de impugnación al mismo.

**SÉPTIMO.-** No habiéndose solicitado por todas las partes la celebración de vista pública, se señaló para deliberación votación y fallo para el día 22 de junio de 2016 y se acordó pasar a pleno de la Sala para el día 21 de septiembre 2016, en que tuvo lugar, no habiéndose dictado sentencia en el plazo establecido por haberse prolongado su deliberación.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** La sentencia que ahora se recurre en casación condena a Axa Aurora Ibérica, S.A. (Axa Seguros Generales S.A), recurrente, a indemnizar al demandante en la cantidad de 272.767,25 euros con los intereses al 20% desde el día 21 de mayo de 2.008 hasta su pago, con base en un seguro de accidentes del que el demandante era tomador y beneficiario. La fecha del devengo de estos intereses coincide con la del accidente sufrido al colisionar el vehículo que conducía contra un muro.

El recurso de casación se formula por interés casacional y se fundamenta, en un primer motivo, en la infracción, oposición y falta de aplicación de la doctrina de esta Sala que interpreta el artículo 1, la regla 3ª del artículo 20 y el artículo 100, ambos de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre, en el sentido de que en supuestos de seguro de accidentes y para la garantía de invalidez, el riesgo asegurado, cuya concurrencia es imprescindible para que surja la obligación de indemnizar, lo constituye la producción de la invalidez, y en supuestos de reclamaciones del asegurado a su aseguradora con base en un seguro de esta clase, y la cobertura de invalidez o incapacidad permanente, debe considerarse como fecha del siniestro la fecha de la declaración o del reconocimiento de la invalidez o de la incapacidad permanente, por ser esta la que constituye el riesgo asegurado y que, por tanto, en estos supuestos, la fecha inicial del devengo de los intereses moratorios del artículo 20 de la LCS, será la fecha de la resolución por la que se reconoce al asegurado la incapacidad permanente, independientemente de las lesiones que derivaron en dicha incapacidad o invalidez.

Se citan las sentencias 486/2012, de 17 de julio, y 589/2011, de 20 de julio, a las que se opone la sentencia recurrida que considera que «no existió una propuesta motivada que le exima de pagar los intereses del artículo 20 de la LCS a la aseguradora ni concurre causa justificada para no haber pagado al asegurado o consignado, al menos, la cantidad mínima que pudiera deberle».

**SEGUNDO.-** La doctrina de la Sala que se expresa en las sentencias citadas en el motivo es la siguiente:

«La jurisprudencia ( SSTS de 14 de junio de 1999 (RC núm. 3545/1994) y 23 de diciembre de 1999 (RC núm. 1365/1995) ha distinguido entre hecho generador y riesgo asegurado. Esta distinción, puesta en conexión con el seguro de accidentes con cobertura de invalidez en sus diferentes grados, ha llevado a la doctrina a concluir que, si bien las obligaciones del seguro, en esencia, la de indemnizar el daño producido al asegurado, dentro de los límites pactados ( artículo 1 LCS), son exigibles a la aseguradora cuyo contrato estaba vigente cuando se produjo el evento que dio lugar, más tarde, a la invalidez, sin embargo el riesgo asegurado, cuya concurrencia es imprescindible para que surja la obligación de indemnizar ( artículo 1 LCS), lo constituye dicha incapacidad resultante del accidente, entendido desde el punto de vista fenomenológico, como hecho generador del citado



riesgo -invalidez- objeto de cobertura. Así se explica que las obligaciones de la aseguradora no nazcan del hecho generador, de la causa violenta, súbita, externa, que origina la lesión corporal determinante de la incapacidad, sino que surgen de la invalidez misma ( SSTS de 17 de mayo de 1985, 22 de septiembre de 1987), que constituye el riesgo asegurado ( STS 19 de enero de 1984), siendo la fecha de la declaración de incapacidad la determinante de los efectos temporales y económicos de cobertura del seguro concertado, y de la aplicabilidad de las condiciones pactadas ( STS 13 de junio de 1989).

»Cuando la controversia se suscita en torno a la mora del asegurador, en particular, con relación al devengo de los intereses previstos legalmente, la anterior doctrina debe ponerse en relación con la afirmada por esta Sala en relación con el artículo 20 LCS, precepto del que se ha dicho que es aplicable a toda clase de seguros, y que la indemnización por mora a que se refiere el párrafo 4.º del mismo implica la existencia de un retraso culpable, que no obedezca a causa justificada o que no le pueda ser imputada al asegurador. Puesto que no ha lugar a apreciar ese retraso sino a partir del momento en que tiene lugar el siniestro, como indica el artículo 20.3 LCS, por ser el hecho que fija el término inicial del devengo, el que en el seguro de accidentes el siniestro no venga dado por el accidente, en cuanto hecho generador o causa del daño corporal, sino por el accidente en el sentido estricto que se deriva del tenor literal del artículo 100 LCS, esto es, como lesión corporal resultante de dicha causa, comprensiva de la muerte y de la invalidez, que son los riesgos objeto de cobertura, supone que solo a partir de la declaración de la invalidez y su conocimiento por el asegurador comienza para este la mora y el recargo de intereses, si su retraso en el abono de la correspondiente indemnización no responde a una justa causa o a una causa que le pueda ser imputable. Así se desprende de la jurisprudencia contenida, entre otras, en la STS de 8 de noviembre de 2007 (RC núm. 5507/2000), que examina si el devengo debía comenzar con el informe de emitido por la compañía tras concluir el procedimiento del artículo 38 LCS o antes, con la comunicación de la invalidez a la aseguradora (por tanto, en ningún caso a partir del accidente laboral que fue el hecho generador de la invalidez), y en la contenida en la STS de 7 de febrero de 2007 (RC núm. 1435/2000), en la que se declara que el riesgo asegurado en el seguro de accidentes es la invalidez (junto con la muerte por accidente) y, que, consiguientemente, "el siniestro, que consiste en la realización de dicho riesgo, no radica directamente en la producción, en abstracto, del accidente al que se halla conectada causalmente la invalidez sufrida, sino en la producción de esta invalidez, siempre que sea consecuencia, inmediata o remota en el tiempo, del accidente". También reitera esta sentencia lo antes dicho sobre que no cabe confundir el siniestro como hecho generador de la invalidez con el momento de producción de ésta, en cuanto riesgo asegurado, y concluye que, «en suma, la fecha de origen de la invalidez, como fecha del siniestro a partir de la cual debe determinarse la mora, depende del estudio de las circunstancias del caso».

Estos argumentos, señala la sentencia 486/2012, de 17 de julio, «llevaron recientemente a esta Sala ( STS de 20 de julio de 2011, RC núm. 819/2008) a fijar el comienzo del devengo en la fecha en que se concretó la invalidez por la que se reclamaba, tras distinguir entre la acción directa, de naturaleza extracontractual, formulada por el perjudicado contra los presuntos responsables civiles del accidente de circulación, incluyendo la aseguradora del vehículo causante, y la acción fundada en su propio seguro de accidentes, de naturaleza contractual, que ejercitó contra su propia aseguradora, en reclamación de la indemnización prevista para el caso de ocurrir el evento cuyo riesgo -la invalidez en grados absoluta, parcial y profesional- era objeto de cobertura».

La tesis de estas sentencias es que si el riesgo asegurado en la póliza de accidentes es la incapacidad o invalidez, el siniestro tiene lugar cuando dicha situación se declara, de modo que, conforme al artículo 20.6 de la LCS («será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro») no hay posibilidad de mora hasta después de la declaración de incapacidad.

Ahora bien, se trata de una jurisprudencia que no es uniforme a la hora de concretar la fecha del siniestro. En sentido contrario existe otra que no atiende al grado de invalidez, sino al momento en que se produce el accidente, lo que incide de forma distinta en la obligación que impone a la aseguradora el artículo 18 LCS y en las consecuencias derivadas de su incumplimiento, previstas en el artículo 20 de la misma Ley.

Son estas las siguientes:

a) La sentencia 789/1998, de 29 de julio, según la cual «el incremento de la indemnización en un 20% anual será aplicable desde la fecha del siniestro, habida cuenta de lo consignado en la Condición General VI de la póliza a partir del acaecimiento de éste, sin que quepa contraponer que entonces no se había producido resolución del Director del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre la invalidez, porque, de una parte, las averiguaciones, investigaciones y peritaciones de la compañía aseguradora debieron seguir otra vía ( artículo 18 de la Ley del Contrato de Seguro), y de otra, el reconocimiento por la Dirección recién mentada de una determinada situación no significa que ésta no existiera desde la fecha del siniestro».

b) La sentencia 383/2013, de 24 de mayo, que en un seguro de accidentes aplica el interés del artículo 20 de la LCS desde la fecha del siniestro.



c) La sentencia 1168/1999, de 23 de diciembre, citando la 537/1999, de 14 de junio, que es citada a su vez en la 288/2088, de 22 de abril, según la cual el evento que constituyó el riesgo objeto de cobertura (caída), provocó la incapacidad o baja laboral del asegurado que, sin solución de continuidad, terminó con la declaración de incapacidad total permanente del asegurado, declaración, no constitución, de la incapacidad.

d) La sentencia 632/1993, de 17 de junio: la «existencia de la incapacidad» no concurre únicamente desde que así se declara, sino que se origina en el accidente y es consecuencia inherente al mismo y a su causación; de modo que el acaecimiento real del evento no puede confundirse con la declaración formal de sus consecuencias.

e) La sentencia 39/1995, de 6 de febrero: La Ley de Contrato de Seguro establece una delimitación legal del siniestro de accidente al definirlo en su art. 100, párrafo primero, al considerar como tal «la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca la invalidez temporal o permanente o muerte»; de ahí que el evento dañoso se refiera a un proceso integrado por diversas fases que, en tanto en cuanto no se completa su realización, no se da el siniestro y así, para que la lesión pueda ser calificada como accidente, a efectos de su aseguramiento, ha de producir ya la invalidez, temporal o permanente, o la muerte del sujeto. Es decir, que no podrá hablarse de siniestro causante de indemnización si no se produce la invalidez o muerte, pero ello no implica que el momento que haya de tenerse en cuenta para determinar si el siniestro está excluido del deber de indemnizar por no haber precedido en treinta días a la fecha de la póliza, sea el de la muerte del asegurado, sino que ha de tenerse como tal aquél en que se produjo la causa determinante de la lesión corporal y en que dio comienzo el evento dañoso; dado el tiempo que normalmente transcurre entre el momento en que se produce la lesión y aquél en que puede entenderse consolidada la invalidez, temporal o definitiva, o se produce el resultado de muerte, otra interpretación conduciría a la inoperancia del plazo de carencia, salvo en aquellos supuestos en que la muerte se produjese inmediatamente al accidente.

Esta última solución es la misma que ha adoptado la Sala de lo Social de este Tribunal Supremo a partir de la sentencia de 1 de febrero 2000, que reitera la más reciente de 18 de febrero 2016, según la cual el riesgo asegurado es el accidente -la lesión corporal- que se manifiesta en unas secuelas de invalidez temporal o permanente y muerte. Estas secuelas ya no son el riesgo, sino los efectos de su actualización, como se advierte en el artículo 104 de la citada Ley. Por ello, lo decisivo es que cuando ocurre un accidente la póliza que asegura este riesgo esté vigente. Si es así, se aplicará la cobertura, aunque la determinación de la invalidez a partir de la presentación del certificado médico de incapacidad se haya producido con posterioridad y la póliza ya no esté vigente. Lo importante es la relación de causalidad entre el accidente y sus secuelas; no la fecha en que se manifiesten éstas, ni mucho menos la de su constatación administrativa o médica. La cobertura se establece en función del riesgo asegurado, aunque proteja el daño indemnizable derivado de éste, que puede manifestarse con posterioridad al siniestro. Así lo afirma la jurisprudencia civil que distingue claramente entre el accidente, como riesgo asegurado, y el daño derivado del mismo: «la declaración de la invalidez, lejos de significar el hecho de la causación del daño o del siniestro, es meramente una formalidad administrativa determinante, entre otras, de las consecuencias económicas en diversos aspectos del accidente, pero en modo alguno puede identificarse con éste» (sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 17 de junio de 1993; en el mismo sentido sentencia de 6 de febrero de 1995).

En aras de unificar los criterios existentes, se confirma el segundo y no el primero de los criterios, con el efecto de desestimar el motivo si bien por razones distintas de las que expresa la sentencia recurrida. En efecto, el primer criterio conduce a los indeseables resultados siguientes:

1º. Se aplicaría un régimen distinto en materia de intereses de demora en el seguro de accidentes y en el de responsabilidad civil. Ante un mismo hecho en el que la aseguradora se mantiene pasiva, las consecuencias serían muy diferentes: si el perjudicado se dirige contra la aseguradora del civilmente responsable del accidente, tendrá derecho al interés de demora desde la fecha del accidente, mientras que si tiene una póliza de accidentes y acciona contra su aseguradora solo tendrá derecho a este interés desde la declaración de incapacidad.

2º. Cuanto más grave sea el resultado del accidente, más tardará en declararse la incapacidad y más se diferirá en el tiempo el inicio del devengo de intereses.

3º. Hay una evidente contradicción entre el rigor aplicado en la jurisprudencia de esta Sala a los casos de exoneración del artículo 20.8 LCS y la aplicación de intereses en el seguro de accidentes.

4º. La interpretación que mantiene el primer grupo de sentencias citadas en el recurso favorece a la aseguradora pasiva que, frente a una comunicación del siniestro, no hace nada hasta que se le remite la declaración de incapacidad, lo que es difícilmente compatible con el cumplimiento del fin que se asigna a la



obligación de la aseguradora de hacer una oferta motivada y con la propia finalidad del interés de demora del artículo 20 LCS y las demás exigencias de la Ley, como la expresada en el artículo 16.

El artículo 16 establece el deber de los tomadores o asegurados de comunicar a la entidad aseguradora el acaecimiento del siniestro además de proporcionarle toda clase de informaciones relativas a las circunstancias del mismo, entre otras cosas para poner en funcionamiento los mecanismos indemnizatorios al asegurado derivados del siniestro que se inician con las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer su existencia y que concluyen con el abono, en su caso, del importe de los daños que resulten del mismo, y, «en cualquier supuesto», dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración de siniestro, del importe mínimo que el asegurador pueda deber según las circunstancias conocidas, conforme dispone el artículo 18, con el recargo, caso de incumplimiento de sus deberes por la aseguradora, de los intereses del artículo 20, artículo que debe ser entendido en función de los que le preceden y, en especial, del 18, puesto que es aplicable como los anteriores a toda clase de seguros, entre ellos el de accidentes, en el que se presta cobertura al riesgo de invalidez y en el que la fecha del accidente sirve para fijar el régimen legal aplicable a todos los efectos, incluidos los intereses.

Las sentencias que aplican el criterio contrario no explican las razones de esta diferencia, más allá de una referencia genérica al diferente origen -contractual o extracontractual- de una y otra responsabilidad. Tampoco se justifica la solución aplicada en el artículo 104, según el cual «La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme al artículo 38».

Podría sostenerse que la importancia de este artículo radica en que se refiere a una modalidad muy concreta del seguro de accidentes: aquel en el que la póliza contempla como riesgo asegurado exclusivamente la invalidez en diferentes grados definidos en la póliza mediante baremos que se aplican a la cantidad máxima cubierta por dicha garantía, puesto que en esta modalidad, esto es, en el seguro de accidentes con cobertura exclusiva de invalidez en sus diferentes grados, que configura un concreto seguro de capital para el riesgo de invalidez, podría tener todo su sentido el criterio contrario.

Pero lo cierto es que el seguro de accidentes no se identifica necesariamente con esta modalidad, especialmente en casos como el que aquí se enjuicia, en los que la póliza contempla como riesgo asegurado no solo la invalidez en términos similares a los del artículo 104, sino otro tipo de prestaciones de devengo «inmediato», como el abono de los gastos de asistencia médica o sanitaria o la incapacidad temporal, mediante el pago de una suma diaria, en los que ningún sentido tiene establecer distintas fecha de devengo de intereses y menos aún diferir la mora de estas otras prestaciones a la declaración de incapacidad que proceda o al alta médica.

En cualquier caso, no es posible establecer un régimen jurídico distinto en una o en otra modalidad de este seguro. Responden a la misma idea y las obligaciones para aseguradora y asegurado son en principio las mismas. El artículo 1 LCS obliga al asegurador, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, y al asegurado a comunicar a la aseguradora el accidente y esta comunicación es la comunicación del siniestro a que se refiere el artículo 16 LCS («acaecimiento del siniestro»), que es la que sirve a su vez a la aseguradora para establecer «la existencia del siniestro», según el artículo 18, y, en su caso, para indemnizar o pagar al asegurado («en cualquier supuesto») al menos el importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas, dentro de los cuarenta días; siendo así que en el cumplimiento o incumplimiento de estos deberes será donde podrá enjuiciarse la buena o la mala fe de la aseguradora, en los términos del nº 8 del artículo 20 LCS, si después de las averiguaciones que realiza no satisface la indemnización o paga el importe mínimo, salvo que la decisión de no efectuar el pago o el anticipo previsto esté fundada «en una causa justificada o que no le fuere imputable» derivada de una tramitación diligente del siniestro.

El artículo 100 LCS determina lo que 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»), que el asegurado comunica a su aseguradora y que se identifica con la fecha en que este ha tenido lugar, mientras que el artículo 104 no es más que una norma de liquidación de un siniestro que ya se ha producido (y que en el caso no ha sido rechazado), para graduar la indemnización «de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza», y que no



elimina la obligación previa de la aseguradora con su asegurado en orden a evitar la sanción de los intereses del art. 20 LCS.

**TERCERO.**- El segundo motivo se fundamenta en la infracción, oposición y falta de aplicación de la doctrina de esta Sala en la interpretación de la regla 4ª del artículo 20 de la LCS, y más concretamente, el tipo de interés aplicable para el cálculo de los intereses moratorios regulados por dicho precepto legal, según la sentencia de Pleno 251/2007, de 1 de marzo, dictada para la unificación de doctrina, y en el mismo sentido la 632/2011, 20 de septiembre, puesto que la sentencia le condena a pagar los intereses al 20% desde el día 21 de mayo de 2008 hasta su pago, argumentando que, al haber transcurrido más de dos años desde el siniestro, dichos intereses no podrán ser inferiores al 20%.

Esta Sala dictó Sentencia de Pleno 251/2007, de 1 de marzo, resolviendo las contradicciones existentes hasta ese momento, reiterada en otras posteriores, y estableció la siguiente doctrina:

«Durante los dos primeros años desde la producción del siniestro, la indemnización por mora consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero al tipo vigente cada día, que será el correspondiente a esa anualidad incrementado en un 50%. A partir de esta fecha el interés se devengará de la misma forma, siempre que supere el 20%, con un tipo mínimo del 20%, si no lo supera, y sin modificar por tanto los ya devengados diariamente hasta dicho momento».

La aplicación de la anterior doctrina, determina la estimación del motivo formulado con la obligada casación y anulación en parte de la sentencia recurrida en el sentido de establecer que el interés de demora a satisfacer al lesionado por la aseguradora recurrente debe calcularse, durante los dos primeros años siguientes al siniestro (materializado el día del accidente -21 de mayo 2008-) al tipo legal más un 50% y, a partir de ese momento, al del 20% si aquel no resulta superior; todo ello sin hacer especial declaración en cuanto a las costas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 394 y 398, ambos de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

## FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

**1.-** Estimar el recurso de casación formulado por Axa Aurora Ibérica, S.A. (Axa Seguros Generales S.A) contra la sentencia dictada por la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Valencia de 23 de mayo de 2014, exclusivamente en cuanto a los intereses en el sentido de establecer que serán calculados conforme a lo dispuesto en el fundamento jurídico tercero de la presente resolución, es decir: durante los dos primeros años siguientes al siniestro (materializado el día del accidente -21 de mayo 2008-) al tipo legal más un 50% y, a partir de ese momento, al del 20% si aquel no resulta superior, hasta que se produzca el pago.

**2.-** Se mantiene la sentencia en lo demás, sin hacer especial declaración de las de costas causadas por el recurso.

Líbrese a la mencionada Audiencia la certificación correspondiente con devolución de los autos y rollo de apelación remitidos.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.