

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ065895

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 856/2021, de 10 de diciembre de 2021

Sala de lo Civil

Rec. n.º 6070/2018

SUMARIO:

Seguro de vida con cobertura de invalidez permanente absoluta. Nulidad. Siniestro ya ocurrido cuando se celebró el contrato. El recurso plantea como cuestión jurídica la nulidad de un contrato de seguro con cobertura de invalidez permanente absoluta en un caso en el que el siniestro ya había ocurrido cuando se celebró el contrato aunque la invalidez no fuese declarada administrativamente hasta un momento posterior. El procedimiento se inicia con la demanda por la que, tras obtener el reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social de la incapacidad, el tomador de un seguro reclama el pago del capital correspondiente a la cobertura de invalidez al amparo de la póliza que tenía contratada con la aseguradora demandada. Es doctrina de la sala que, dada la naturaleza aleatoria del contrato de seguro, el asegurador sólo resulta obligado cuando se materializa el riesgo asegurado, cuando se produce el siniestro, lo que implica que cuando el riesgo se ha materializado con anterioridad a la suscripción del contrato y ello era desconocido para la aseguradora constando, por el contrario, al asegurado, falta un elemento esencial del contrato, que es nulo. Según esta jurisprudencia, la nulidad dimanante de lo dispuesto por el art. 4 LCS no se refiere sólo al supuesto de que el siniestro haya ocurrido en el momento de la celebración habiéndose verificado por completo, sino también a los supuestos en que el proceso de formación del mismo se haya iniciado por haberse producido el hecho que hace comenzar el proceso del siniestro. En este caso consta que el seguro con cobertura de invalidez fue suscrito a propuesta del demandante el 14 de mayo de 2012 y consta que con anterioridad, al menos desde que solicitó en abril de 2012 el reconocimiento de la situación de incapacidad permanente, el mismo demandante alegaba que disponía de informes médicos que especificaban las dolencias que hacían que no pudiera ejercer ningún tipo de actividad, ya que se trataba de una dolencia mental que le repercutía también en el estado físico. En definitiva, se considera nulo el seguro con apoyo en el art. 4 LCS pues, aunque la declaración de invalidez se produjo después de la celebración del contrato, la enfermedad invalidante se encontraba ya diagnosticada, hasta el punto de que antes de contratar el seguro el demandante había interesado la declaración de incapacidad permanente.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), arts. 4 y 10.

PONENTE:*Doña María de los Ángeles Parra Lucán.*

Magistrados:

Don FRANCISCO JAVIER ARROYO FIESTAS
Doña MARIA DE LOS ANGELES PARRA LUCAN
Don JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG
Don ANTONIO GARCIA MARTINEZ**TRIBUNAL SUPREMO**

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 856/2021

Fecha de sentencia: 10/12/2021

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 6070/2018

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 30/11/2021

Ponente: Excm. Sra. D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

Procedencia: AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA. SECCIÓN 16.^a

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora María Del Carmen García Álvarez

Transcrito por: LEL

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 6070/2018

Ponente: Excm. Sra. D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora María Del Carmen García Álvarez

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 856/2021

Excmos. Sres. y Excm. Sra.

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas
D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán
D. José Luis Seoane Spiegelberg
D. Antonio García Martínez

En Madrid, a 10 de diciembre de 2021.

Esta sala ha visto el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuesto por D. Maximo, representado por la procuradora D.^a Guadalupe Hernández García y bajo la dirección letrada de D. Miguel Javaloyes Ruiz, contra la sentencia de fecha 16 de octubre de 2018, dictada por la Sección 16.^a de la Audiencia Provincial de Barcelona en el recurso de apelación n.º 964/2016, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 572/2013 del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Vic, sobre reclamación de cantidad. Ha sido parte recurrida la compañía aseguradora Axa Aurora Ibérica S.A., representada por la procuradora D.^a Elisa Rodés Casas y bajo la dirección letrada de D. Antonio Duelo Riu.

Ha sido ponente la Excm. Sra. D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero. *Tramitación en primera instancia*

1. D. Maximo interpuso demanda de juicio ordinario contra Axa Aurora Vida S.A. de Seguros y Reaseguros, en la que solicitaba se dictara sentencia por la que:

"se condene al pago a mi representado de las cantidades correspondientes al Capital Asegurado, tal como viene recogido en la póliza firmada por ambas partes, y que consiste en la cantidad de 210.000,00 € (doscientos diez mil euros).

"Todo ello en concepto de principal, más intereses en virtud de lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro y las costas causadas en el presente procedimiento".

2. La demanda fue presentada el 30 de julio de 2013 y, repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Vic, fue registrada con el n.º 572/2013. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3. Axa Aurora Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda, con absolución de todos los pedimentos e imposición de las costas a la parte actora.

4. Tras seguirse los trámites correspondientes, la Juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Vic dictó sentencia de fecha 8 de julio de 2016, con el siguiente fallo:

"ESTIMAR ÍNTEGRAMENTE la demanda presentada por la Procuradora Sra. Bofias Alberch en nombre y representación de Maximo y asistido por el letrado Sr. Muñoz Albert, contra Axa Aurora Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros condenando a Axa Aurora Vida SA de Seguros y Reaseguros a abonar a Maximo la cantidad de 210.000 euros equivalentes al seguro de vida contratado, más los intereses del art. 20 de la LCS.

"Se imponen las costas a la demandada".

Segundo. *Tramitación en segunda instancia*

1. La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de Axa Aurora Ibérica Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

2. La resolución de este recurso correspondió a la Sección 16.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona, que lo tramitó con el número de rollo 946/2016 y, tras seguir los correspondientes trámites, dictó sentencia en fecha 16 de octubre de 2018, con el siguiente fallo:

"Estimamos el recurso de apelación de Axa Aurora Ibérica, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros contra la sentencia dictada el 8 de julio de 2016, por el Juzgado de Primera Instancia número 5 de Vic, en el juicio ordinario número 572/2013, instado por el Sr. Maximo, contra Axa Aurora Ibérica, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros. Revocamos la sentencia del Juzgado. Desestimamos la demanda del Sr. Maximo y absuelve a la demandada Axa Aurora Ibérica, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

"No imponiéndose las costas de ninguna de las dos instancias del juicio".

Tercero. *Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y de casación*

1. D. Maximo interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación. Los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal fueron:

"PRIMERO. Al amparo del artículo 469.1.4.º de la LEC, vulneración en el proceso civil de los derechos fundamentales reconocidos en el artículo 24 de la Constitución, como consecuencia de la errónea y arbitraria valoración de la prueba.

"SEGUNDO. Al amparo del artículo 469.1.2.º de la LEC, vulneración de las normas procesales que regulan la sentencia. Falta de motivación e infracción del artículo 218.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil".

El motivo del recurso de casación fue:

"ÚNICO. Al amparo del artículo 477.1.2.3.º de la LEC. Infracción del artículo 4 de la Ley del Contrato de Seguro y de la jurisprudencia del Tribunal Supremo establecida en sus sentencias 449/2013, de 10 de julio (Recurso 914/2011) y sentencia 426/2018, de 4 de julio (Recurso 2084/2017)".

2. Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta sala y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta sala y personadas las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 17 de febrero de 2021, cuya parte dispositiva es como sigue:

"LA SALA ACUERDA:

"Admitir los recursos extraordinario por infracción procesal y de casación interpuestos por la representación procesal de D. Maximo contra la sentencia dictada el 16 de octubre de 2018 por la Audiencia Provincial de Barcelona

(Sección Decimosexta) en el rollo de apelación n.º 964/2016, dimanante del juicio ordinario n.º 572/2013 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 5 de Vic".

3. Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición al recurso de casación, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4. Por providencia de 11 de octubre de 2021 se nombró ponente a la que lo es en este trámite y se acordó resolver los recursos sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 30 de noviembre de 2021, en que ha tenido lugar a través del sistema de videoconferencia habilitado por el Ministerio de Justicia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

El recurso plantea como cuestión jurídica la nulidad de un contrato de seguro con cobertura de invalidez permanente absoluta en un caso en el que el siniestro ya había ocurrido cuando se celebró el contrato aunque la invalidez no fuese declarada administrativamente hasta un momento posterior.

El procedimiento se inicia con la demanda por la que, tras obtener el reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de la incapacidad, el tomador de un seguro reclama el pago del capital correspondiente a la cobertura de invalidez al amparo de la póliza que tenía contratada con la aseguradora demandada.

1. La sentencia recurrida establece la siguiente relación de hechos:

"15. La cronología de los hechos en el caso del Sr. Maximo

"La cronología de algunos hechos relevantes de nuestro caso es la siguiente:

"- El 4 de abril de 2012, el Sr. Maximo solicitó al INSS la incapacidad permanente. Decía que en los informes médicos especificaban las dolencias que hacían que no pudiera ejercer ningún tipo de actividad, ya que se trataba de una dolencia mental que le repercutía también en el estado físico (documento al folio 193 de las actuaciones).

"- El 2 de mayo de 2012, el Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y Sanitarias emitió un informe según el cual, el Sr. Maximo presentaba: depresión mayor con rasgos psicóticos en TP con rasgos dependientes y obsesivos; en tratamiento, pendiente de control evolutivo; con clínica incapacidad actual. Dictaminó que las posibilidades terapéuticas no estaban agotadas y que necesitaba asistencia sanitaria (f. 191).

"- El 16 de mayo de 2012, la Sra. directora provincial del INSS resolvió que no procedía declarar Maximo en ningún grado de incapacidad permanente y que debía continuar con asistencia sanitaria (f. 192).

"- El 22 de junio de 2012, el Sr. Maximo formuló reclamación previa a la vía judicial laboral contra la resolución de 16 de mayo anterior. Insistía en el diagnóstico de depresión mayor con rasgos psicóticos en TP con rasgos dependientes y obsesivos (f. 212).

"- El 20 de julio de 2012, el Sr. Maximo presentó ante el Juzgado Decano la demanda contra el INSS, firmada por el mismo Sr. Maximo, en reclamación de incapacidad permanente. Fundamentaba la demanda en el trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos con poca respuesta al tratamiento farmacológico. Decía que seguía controles periódicos en el Centro de salud mental y no se encontraba en condiciones de desarrollar ningún tipo de actividad laboral (f. 227).

"- El 21 de enero de 2013, el Sr. Maximo solicitó de nuevo al INSS la incapacidad permanente. Alegaba que en los informes médicos especificaban las dolencias que hacían que no pudiera ejercer ningún tipo de actividad, ya que se trataba de una dolencia mental que le repercutía también en el estado físico. Añadía que tenía también "Otras dolencias físicas diversas, ictus ..." (f. 262).

"- El 25 de enero de 2013, el INSS resolvió aprobar la incapacidad permanente absoluta del Sr. Maximo (f. 22 y 232). El dictamen propuesto del INSS establecía como cuadro residual: trastorno depresivo mayor crónico con síntomas psicóticos en contexto de accidente vascular cerebral isquémico menor con afectación sensitiva de la extremidad inferior izquierda con limitaciones incapacitantes actualmente (f. 25).

16. Paralelamente:

"- El 14 de mayo de 2012, el Sr. Maximo solicitó la póliza de seguro de Axa que es objeto de este proceso (hecho primero de la demanda y de la contestación).

"- El 20 de junio de 2012, Axa emitió la póliza, con fecha de inicio de 14 de mayo de 2012 (f. 15).

"- El mes junio de 2012, el Sr. Maximo contrató también una póliza de seguro de vida -y invalidez- con Allianz, la reclamación de la que fue materia del otro juicio mencionado, en el que se desestimó la demanda del Sr. Maximo, en sentencia confirmada por la Audiencia Provincial".

2. El 30 de julio de 2013, el Sr. Maximo demandó a Axa Aurora Vida S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante Axa) solicitando la condena al pago de 210.000,00 euros. Argumentaba que el 14 de mayo de 2012 había celebrado un contrato con la demandada que cubría la incapacidad permanente que le fue reconocida por el INSS con fecha 29 de enero de 2013 como consecuencia del AVC isquémico con afectación sensitiva inferior izquierda que sufrió en julio de 2012, después de haber concertado el seguro.

3. Axa invocó en su contestación a la demanda el art. 4 y el art. 10 de la Ley del contrato de seguro (LCS) y alegó que tanto por una vía como por otra la demanda debía ser desestimada.

Axa argumentó que el actor, abogado en ejercicio y con experiencia sobre la materia, con dolo e intencionalidad fraudulenta, estando de baja por su trastorno depresivo, contactó en mayo de 2012 con Axa para concertar el seguro, ocultando su delicado estado de salud y sus patologías. Respecto del ictus sufrido después de la contratación de la póliza, argumentó que era irrelevante a efectos de la invalidez reconocida, tal como se desprendía del dictamen-propuesta del INSS, que tuvo en cuenta el cuadro secular de trastorno depresivo mayor crónico con síntomas psicóticos que el actor padecía desde 2005.

Después de contestar a la demanda, Axa solicitó la acumulación del procedimiento a otro iniciado por el mismo demandante contra Allianz, lo que fue denegado por el juzgado. Posteriormente aportó copia de la sentencia desestimatoria dictada en ese procedimiento y en el acto de la vista solicitó que se apreciara el efecto de cosa juzgada, al menos, en cuanto a lo declarado en esa sentencia acerca del estado patológico del demandante y su modo fraudulento de actuar.

4. El juzgado estimó íntegramente la demanda.

El juzgado consideró que no había quedado acreditado que fuera el demandante quien cumplimentó y firmó el cuestionario de salud, al ser la firma recogida diferente de la suya, y que, de cualquier modo, si bien el demandante padecía desde hacía años un trastorno depresivo recurrente, la declaración de incapacidad se produjo como consecuencia de un ictus meses después de haber suscrito la póliza con la demandada.

5. Axa Aurora Vida S.A. de Seguros y Reaseguros interpuso recurso de apelación.

6. La Audiencia, en primer lugar, rechazó los motivos de la apelación en los que Axa denunciaba incongruencia. La Audiencia descartó que la hubiera por no citar la sentencia aportada en la que se desestimó la demanda del Sr. Maximo contra otra aseguradora y afirmó que tampoco había cosa juzgada al no darse las identidades objetivas y subjetivas necesarias, sin perjuicio, afirmó, de que se pudiera valorar la sentencia como material probatorio. Descartó que hubiera incongruencia por no haber valorado el juzgado la nulidad del contrato de seguro en virtud del art. 4 LCS porque, razonó la Audiencia, de la lectura de la sentencia de primera instancia resultaba que el juzgado descartaba esa tesis de Axa: de un lado porque consideraba que la incapacidad declarada tuvo por causa el ictus sufrido después de la contratación de la póliza; de otro, porque consideró que de haber cumplido el deber de practicar el cuestionario la aseguradora hubiera podido conocer el problema de salud. La Audiencia, por su parte, también negó la infracción del art. 10 LCS al confirmar que no podía afirmarse con el grado de certeza exigible que el cuestionario en el que se negaba todo tipo de padecimiento hubiera sido firmado por el demandante.

La Audiencia, a continuación, estimó la apelación de Axa y desestimó la demanda por aplicación del art. 4 LCS, argumentando que concurrían las mismas razones que llevaron a considerar nulo el contrato de seguro en las sentencias 449/2013, de 10 de julio (en un caso en el que se consideró que el contrato era nulo porque cuando se suscribió ya existía la situación de incapacidad permanente absoluta del asegurado como consecuencia de enfermedad y tal declaración había sido solicitada por el demandante en vía judicial) y 426/2018, de 4 de julio (que, reiterando el criterio de la anterior concluyó que al contratarse el seguro faltaba el elemento de la aleatoriedad porque en el momento de concertar el seguro a propuesta del asegurado desde mucho antes padecía la patología de tipo mental que dio lugar a la posterior declaración administrativa de la situación de incapacidad que había sido instada por el interesado antes de contratar el seguro).

7. El demandante interpone recurso por infracción procesal (fundado en dos motivos) y recurso de casación (fundado en un motivo).

8. La parte recurrida invoca causas de inadmisibilidad, alegando que se pretende convertir el recurso en una tercera instancia y revisar los hechos, que el recurso se aparta de la ratio decidendi y que no se justifica el interés casacional. Dado que no se trata de causas de las que esta sala considera absolutas, de acuerdo con nuestra doctrina jurisprudencial, recibirán respuesta al resolverse los recursos.

Recurso por infracción procesal

Segundo.

El primer motivo, al amparo del artículo 469.1.4.º de la LEC, denuncia la vulneración en el proceso civil de los derechos fundamentales reconocidos en el artículo 24 de la Constitución, como consecuencia de la errónea y arbitraria valoración de la prueba.

1. En el desarrollo del motivo se alega que la Audiencia ha obviado un elemento fáctico de carácter esencial, que el accidente vascular cerebral isquémico que padeció, y que dio lugar a la posterior declaración de incapacidad, tuvo lugar en julio de 2012, después de haber concluido la póliza de seguro. Razona que la omisión de este hecho le lleva a la conclusión errónea, ilógica e irracional de que la enfermedad causante de la declaración de incapacidad preexistía a la fecha de formalización de la póliza. Destaca que, en la cronología de hechos relevantes, la sentencia no incluye el ictus y explica que eso le lleva al error de concluir que la enfermedad causante de la declaración de incapacidad preexistía a la fecha de formalización de la póliza, cuando lo cierto es que en la declaración del INSS se fundamenta la discapacidad permanente absoluta en el "trastorno depresivo mayor crónico con síntomas psicóticos en contexto de accidente vascular cerebral isquémico menor con afectación sensitiva de la extremidad izquierda con limitaciones incapacitantes actualmente". Argumenta que con anterioridad ya padecía el cuadro de depresión mayor con trastornos psicóticos y que, sin embargo, no se le había reconocido la invalidez, por lo que fue el ictus y no la depresión lo que causó la incapacidad.

El motivo va a ser desestimado por lo que decimos a continuación.

2. En nuestro sistema procesal no cabe una tercera instancia. Para que un error en la valoración de la prueba tenga relevancia debe ser de tal magnitud que vulnere el derecho a la tutela judicial efectiva del art. 24 CE. En relación con lo cual, el Tribunal Constitucional ha elaborado la doctrina del error patente en la valoración de la prueba, destacando su directa relación con los aspectos fácticos del supuesto litigioso. Así, por ejemplo, en las sentencias 55/2001, de 26 de febrero, 29/2005, de 14 de febrero, 211/2009, de 26 de noviembre, 25/2012, de 27 de febrero, 167/2014, de 22 de octubre, y 152/2015, de 6 de julio, destacó que "concorre error patente en aquellos supuestos en que las resoluciones judiciales parten de un presupuesto fáctico que se manifiesta erróneo a la luz de un medio de prueba incorporado válidamente a las actuaciones cuyo contenido no hubiera sido tomado en consideración". Asimismo, en la mencionada sentencia 55/2001, de 26 de febrero, el Tribunal Constitucional identificó los requisitos de necesaria concurrencia para que quepa hablar de una vulneración de la tutela judicial efectiva por la causa que examinamos y se refirió, en particular, a que el error debe ser patente, es decir, "inmediatamente verificable de forma incontrovertible a partir de las actuaciones judiciales, por haberse llegado a una conclusión absurda o contraria a los principios elementales de la lógica y de la experiencia".

A su vez, las sentencias de esta sala 418/2012, de 28 de junio, 262/2013, de 30 de abril, 44/2015, de 17 de febrero, 235/2016, de 8 de abril, 303/2016, de 9 de mayo, y 714/2016, de 29 de noviembre (entre otras muchas), tras reiterar la excepcionalidad de un control por medio del recurso extraordinario por infracción procesal de la valoración de la prueba efectuada por el tribunal de segunda instancia, recuerdan que es necesario que concurren, entre otros requisitos, los siguientes: 1.º) que se trate de un error fáctico -material o de hecho- es decir, sobre las bases fácticas que han servido para sustentar la decisión; y 2.º) que sea patente, manifiesto, evidente o notorio, lo que se complementa con el hecho de que sea inmediatamente verificable de forma incontrovertible a partir de las actuaciones judiciales.

3. En el caso que juzgamos no se aprecia el vicio denunciado. La sentencia recurrida no desconoce que el demandante sufriera ictus (expresamente lo menciona en el relato de hechos relevantes al referirse a la petición de incapacidad presentada ante la administración por el demandante) y tampoco desconoce que ello tuviera lugar después de la contratación de la póliza (como resulta del resumen que hace de las razones por las que el juzgado rechazaba la tesis de Axa que, finalmente, es acogida por la sentencia de la Audiencia). Lo que sucede, y es cuestión diferente no impugnada por la vía del error en la valoración de la prueba, es que la Audiencia no otorga a ese hecho la relevancia jurídica que quiere el recurrente, que tanto en los dos motivos de este recurso como en el recurso de casación sostiene, en contra del criterio de la Audiencia, que la causa de su invalidez fue el accidente cardiovascular y no la depresión que padecía desde hace años.

La valoración de la Audiencia contraria a la tesis del recurrente, por lo demás, no es arbitraria ni irracional, sino que resulta del dictamen-propuesta de la comisión de evaluación asumido por el INSS y en el que se apoya la resolución que reconoce la incapacidad: en el mismo se menciona como cuadro el trastorno depresivo "mayor" con síntomas psicóticos y se añade la referencia al "AVC isquémico menor con afectación sensitiva extremidad inferior izquierda". A ello debe unirse que, tal y como se recoge en la cronología de hechos relevantes que efectúa la Audiencia, de acuerdo con la documentación obrante en las actuaciones, la valoración de la Audiencia resulta respaldada por la solicitud de invalidez del recurrente de 21 de enero de 2013 (en la que se refería a la dolencia mental y añadía, de manera secundaria, "que también tiene otras dolencias físicas diversas, ictus...").

El motivo primero, por todo ello, se desestima.

Tercero.

El segundo motivo, al amparo del artículo 469.1.2.º de la LEC, denuncia la vulneración de las normas procesales que regulan la sentencia. Denuncia la falta de motivación e infracción del artículo 218.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

1. En el desarrollo del motivo se alega que incurre en falta de motivación en cuanto a la valoración de la prueba. En concreto, aduce que la sentencia señala el paralelismo de los hechos con los que dieron lugar a dos sentencias de esta sala, pero no contiene razonamiento alguno sobre el acaecimiento del accidente cardiovascular en fecha posterior a la firma de la póliza. También alega que la sentencia se limita a mencionar otra sentencia desestimatoria de la pretensión del mismo demandante contra otra aseguradora y dictada en otro procedimiento y ante otro tribunal, lo que no es motivación suficiente. Igualmente alega que la demandada no llegó a presentar ningún informe sobre la trascendencia de las enfermedades padecidas en los dos expedientes de incapacidad sustanciados ante el INSS.

El motivo va a ser desestimado por lo que decimos a continuación.

2. La exigencia constitucional de motivación "no impone ni una argumentación extensa ni una respuesta pormenorizada, punto por punto, a cada una de las alegaciones de las partes, sino únicamente que la respuesta judicial esté argumentada en derecho y que se vincule a los extremos sometidos por las partes a debate, al margen de que pueda ser escueta y concisa, de manera que sólo una motivación que, por arbitraria, deviniese inexistente o extremadamente formal, quebrantaría el artículo 24 de la Constitución" (sentencias 297/2012, de 30 abril; 523/2012, de 26 de julio; 13/2016, de 1 de febrero, y 26/2017, de 18 de enero).

Como recordábamos en la sentencia 535/2015, de 15 de octubre, la selección de los hechos más relevantes, la valoración de las pruebas practicadas, que necesariamente supone otorgar un mayor relieve a unas que a otras, podrá ser o no compartida, pero no puede ser tachada de ilógica ni irracional y no vulnera ninguna regla tasada de valoración de la prueba. Que el juicio del tribunal de apelación sobre la importancia relativa de unas y otras pruebas, la valoración de las mismas, las conclusiones fácticas que extrae de este proceso valorativo, y la mayor relevancia otorgada a unos u otros aspectos fácticos no sean compartidos por la recurrente, incluso que sean razonablemente discutibles, no convierte en arbitraria ni errónea la revisión de la valoración de la prueba hecha por la audiencia provincial.

3. En el caso que juzgamos no se aprecia el defecto denunciado. Basta con examinar la sentencia recurrida para comprobar la razón por la que se desestima la demanda, sin que para cumplir la exigencia constitucional de motivación sea precisa una valoración individualizada de cada una de las argumentaciones de las partes.

La sentencia recurrida redacta una selección cronológica de los hechos que considera relevantes con apoyo en la cita de los documentos pertinentes en los que se basa y añade una síntesis de su contenido por lo que interesa para la decisión del pleito. Partiendo de esos hechos, la sentencia aplica la doctrina de esta sala. No hay error en la valoración de la prueba ni valoración ilógica e irracional, ni tampoco hay falta de motivación, por las mismas razones que ya hemos dicho al resolver el motivo anterior. Por lo que se refiere a la motivación de la sentencia hay que añadir que el mismo recurrente, en su anterior motivo de este recurso por infracción procesal, en el punto 4 de su desarrollo, contradiciendo la denuncia de falta de motivación que plantea en este segundo motivo, dice literalmente, "no podemos olvidar que la razón por la que se estima el recurso de apelación de la Compañía Axa es que, según las sentencias tantas veces citadas del TS, en los casos en los que la enfermedad que da lugar a la declaración de incapacidad preexiste a la conclusión de la póliza, se produce la nulidad de esta por considerarse que el siniestro ya se había producido; o dicho de otro modo, se declara la nulidad porque no existía el elemento aleatorio que caracteriza el contrato de seguro". Y en el recurso de casación, en el apartado 8, se afirma que, a juicio del recurrente, "la cuestión a dilucidar" es si "constituye el ictus sufrido por el Sr. Maximo una dolencia preexistente, o en su caso, de certidumbre en cuanto a su acaecimiento...".

En definitiva, al igual que en el primer motivo, se trata de alterar el juicio de la Audiencia acerca de cuál fue la causa por la que se declaró la incapacidad por lo que, en realidad, lo que hace la parte recurrente es manifestar su disconformidad con las conclusiones alcanzadas por la resolución recurrida tras la valoración de la prueba. El alegato impugnatorio de dicha parte recurrente viene a identificar la falta de motivación con la motivación desfavorable a sus intereses, y su actuación se dirige, más que a intentar justificar esa falta en la motivación de la sentencia, a exponer sus discrepancias con la valoración de la prueba, algo que, como tiene declarado esta sala, nada tiene que ver con la falta de motivación formalmente alegada (entre otras, SSTS 7-6-2006, 18-10-2007 29-2-2008, 10-10-2012 y 20-7-2015). Se puede estar de acuerdo o no con este razonamiento, pero no se puede negar que la Audiencia haya mostrado las razones de su decisión. Con ello, la sentencia recurrida colma las exigencias constitucionales de motivación.

El motivo segundo, por todo ello, se desestima.

Recurso de casación

Cuarto.

El recurso de casación se funda en un único motivo en el que denuncia la infracción del art. 4 de la Ley del Contrato de Seguro.

1. El recurrente solicita que se matice la sentencia recurrida respecto a qué debe considerarse hecho causal del siniestro porque, según dice, la sentencia infringe la jurisprudencia que cita, establecida en las sentencias 449/2013, de 10 de julio, y 426/2018, de 4 de julio. Alega que, partiendo de los hechos probados por la sentencia, la conclusión es la contraria a la que llega la Audiencia, pues la razón por la que se le reconoce la incapacidad no es solo la depresión, sino el ictus, pues con anterioridad había solicitado la incapacidad y le había sido rechazada. Por esta razón considera que, de acuerdo con la doctrina de la sala, el contrato no puede ser considerado nulo, pues el ictus se produjo con posterioridad a la formalización de la póliza.

Por lo que decimos a continuación, el recurso va a ser desestimado.

2. Tal y como hemos dicho al resolver el recurso por infracción procesal no pueden prosperar las alegaciones de la parte recurrente dirigidas a desvirtuar la conclusión de la sentencia recurrida acerca de que el siniestro ya había ocurrido cuando se celebró el contrato de seguro, de modo que el contrato es nulo y la aseguradora no debe pagar la indemnización reclamada (art. 4 LCS).

El argumento del recurrente de que el ictus se produjo después de la formalización de la póliza no desvirtúa esa valoración porque la única secuela del ictus (minor) que se menciona en el dictamen-propuesta en el que se apoya la resolución administrativa de incapacidad se limita a la afectación sensitiva en extremidad inferior, mientras que es el trastorno depresivo mayor crónico con síntomas psicóticos la patología invalidante, tal y como por lo demás venía exigiendo el propio recurrente en sus solicitudes de reconocimiento de invalidez ante la administración. El que le fuera denegada con anterioridad obedece, a la vista de los hechos probados que se recogen en la sentencia, a que estaba en tratamiento y seguía controles periódicos cuya eficacia debía verificarse.

Es doctrina de la sala que, dada la naturaleza aleatoria del contrato de seguro, el asegurador sólo resulta obligado cuando se materializa el riesgo asegurado, cuando se produce el siniestro, lo que implica que cuando el riesgo se ha materializado con anterioridad a la suscripción del contrato y ello era desconocido para la aseguradora constando, por el contrario, al asegurado, falta un elemento esencial del contrato, que es nulo. Según esta jurisprudencia, la nulidad dimanante de lo dispuesto por el art. 4 LCS no se refiere sólo al supuesto de que el siniestro haya ocurrido en el momento de la celebración habiéndose verificado por completo, sino también a los supuestos en que el proceso de formación del mismo se haya iniciado por haberse producido el hecho que hace comenzar el proceso del siniestro (sentencias 449/2013, de 10 de julio, 426/2018, de 4 de julio, 279/2018, de 18 de mayo, y 60/2021, de 8 de febrero).

En este caso consta que el seguro con cobertura de invalidez fue suscrito a propuesta del demandante el 14 de mayo de 2012 y consta que con anterioridad, al menos desde que solicitó en abril de 2012 el reconocimiento de la situación de incapacidad permanente, el mismo demandante alegaba que disponía de informes médicos que especificaban las dolencias que hacían que no pudiera ejercer ningún tipo de actividad, ya que se trataba de una dolencia mental que le repercutía también en el estado físico. En definitiva, como correctamente apreció la Audiencia, concurren las mismas razones que en las sentencias 449/2013, de 10 de julio, y 426/2018, de 4 de julio, para considerar nulo el seguro con apoyo en el art. 4 LCS pues, aunque la declaración de invalidez se produjo después de la celebración del contrato, la enfermedad invalidante se encontraba ya diagnosticada, hasta el punto de que antes de contratar el seguro el demandante había interesado la declaración de incapacidad permanente.

Por ello desestimamos el recurso de casación y confirmamos la sentencia recurrida.

Quinto.

Dada la desestimación de los recursos procede Imponer al recurrente las costas de ambos recursos y ordenar la pérdida de los depósitos constituidos para su interposición.

F A L L O

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

1.º Desestimar los recursos extraordinario por infracción procesal y de casación interpuestos por D. Maximo contra la sentencia dictada el 16 de octubre de 2018 por la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección Decimosexta) en el rollo de apelación n.º 964/2016, dimanante del juicio ordinario n.º 572/2013 del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 5 de Vic.

2.º Imponer al recurrente las costas de ambos recursos y ordenar la pérdida de los depósitos constituidos para su interposición.

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.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.