

PEDRO MIGUEL MONTES TORREGROSA

CARLOS BAOS

Notificación Recibida Lexnet:

Fecha de notificación: 31/03/2023

Fecha Envío Lexnet: 31/03/2023

DE INSTANCIA Nº 3 DE ORIHUELA

AUDIENCIA PROVINCIAL DE ALICANTE  
SECCIÓN NOVENA  
SEDE EN ELCHE  
C/Abogados de Atocha,21-2ªplanta  
(Ciudad de la Justicia de Elche)  
Telefono: 966917123/ Fax: 966917130

NIG:

Procedimiento: RECURSO DE APELACION (LECN)

Dimana del Juicio Ordinario

Del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 3 DE ORIHUELA

LETRADA DE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA CON DESTINO EN LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE ALICANTE, SECCIÓN NOVENA CON SEDE EN ELCHE

DOY FE Y TESTIMONIO: Que en el rollo de apelación civil núm. del dimanante de Juicio Ordinario - del JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 3 DE ORIHUELA, se ha dictado la siguiente resolución:

SENTENCIA Nº 2023

=====  
Illtmos. Sres.:

Presidente: D.

Magistrado: D.

Magistrado: D.  
=====

En ELCHE, a diez de marzo de dos mil veintitrés

La Sección Novena de la Audiencia Provincial de Alicante con sede en Elche, integrada por los Illtmos. Sres. expresados al margen, ha visto los autos de Juicio Ordinario, seguidos ante el Juzgado de primera instancia nº 3 de Orihuela, de los que conoce en grado de apelación en virtud del recurso

CSV:

URL de validación: <https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=>

entablado por la parte demandante, [REDACTED] habiendo intervenido en la alzada dicha parte, en su condición de recurrente, representada por el Procurador Sr. [REDACTED] y dirigida por el Letrado Sr. Carlos Baos Torregrosa, y como apelada [REDACTED] de seguros y reaseguros sobre la vida humana, representada por el Procurador Sr. [REDACTED] [REDACTED] y dirigida por el Letrado Sra. [REDACTED]

### ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Juzgado de primera Juzgado de primera instancia nº 3 de Orihuela en los referidos autos, se dictó sentencia con fecha 10 de mayo de 2022 cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente:

"Debo desestimar y desestimo la demanda presentada por el Procurador D. [REDACTED] en nombre y representación de Dña. [REDACTED] [REDACTED] contra la mercantil [REDACTED] condenando a la parte demandante al abono de las costas causadas."

SEGUNDO.- Contra dicha sentencia, se interpuso recurso de apelación por la parte demandante, D<sup>a</sup> [REDACTED] en tiempo y forma que fue admitido en ambos efectos, elevándose los autos a este Tribunal, donde quedó formado el Rollo número [REDACTED] tramitándose el recurso en forma legal. La parte apelante solicitó la revocación de la sentencia de instancia y la apelada su confirmación. Para la deliberación y votación se fijó el día [REDACTED]

TERCERO.- En la tramitación de ambas instancias, en el presente proceso, se han observado las normas y formalidades legales.

Visto, siendo Ponente el Ilmo. Sr. D. [REDACTED]

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente litigio versa sobre la reclamación dirigida por la esposa del asegurado fallecido contra la compañía de seguros exigiéndole el pago de la suma prevista para caso de muerte en un seguro de vida en vigor al producirse el fallecimiento. Esta pretensión fue desestimada por la sentencia recurrida por razones relacionadas con la infracción del deber de declaración del riesgo por dolo o culpa grave de la asegurado.

La STS de 18 de julio de 2012, nos recuerda que: "La jurisprudencia de esta Sala, de la que es ejemplo la Sentencia de 11 de mayo de 2007, con cita de las de 31 de diciembre de 1998 , 26 de julio de 2002 y 31 de mayo de 2004, define el dolo al que tales preceptos se refieren -en sentido plenamente aplicable al caso enjuiciado- como la "reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubieran influido decisivamente en la voluntad de celebrarlo". (Sentencia de 15 noviembre 2007, rec. 5498/2000).

En el presente caso no hubo reticencia ni reserva mental pues si dejó de comunicar determinadas circunstancias era porque las consideró intrascendentes, como así se concluyó por los médicos al considerar el quiste "negativo para malignidad". Es decir, no hubo maquinaciones insidiosas, ni intención engañosa, ni representación consciente y probable de una enfermedad ( art. 1269 el C. Civil).".

Y más recientemente la STS de 1 de julio de 2020, que: "...lo que esta sala debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba

ocultando intencionadamente datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro...

...para apreciar la existencia de ocultación dolosa o, cuanto menos, gravemente negligente, se ha de comprobar si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían.

De manera que lo verdaderamente relevante para descartar la infracción del deber de declarar el riesgo por parte del tomador es que, "por la forma en que se rellenó, pueda concluirse que el tomador del seguro no fue preguntado por esa información relevante" (sentencias 72/2016, de 17 de febrero; 726/2016, de 12 de diciembre; 562/2018, de 10 de octubre; y 222/2017, de 5 de abril).

Como precisó la sentencia núm. 72/2016, de 17 de febrero, pese a que las preguntas sean genéricas, sin referencia a ninguna patología o enfermedad, configurado jurisprudencialmente el deber del tomador de declarar el riesgo como un deber de contestación o respuesta a lo que le pregunta el asegurador, y recayendo en este las consecuencias que derivan de la presentación de un cuestionario incompleto (en el que se omitan circunstancias que puedan influir en la exacta valoración del riesgo), lo relevante en tales casos es "determinar si las preguntas formuladas fueron o no conducentes a que, en sus circunstancias, el tomador pudiera razonablemente advertir o ser consciente de la existencia de antecedentes médico-sanitarios relacionados con su estado de salud que la aseguradora debiera conocer para poder identificar y valorar correctamente el riesgo asegurado con las coberturas de vida e invalidez contratadas"...

...7.- La aplicación concreta de la jurisprudencia reseñada ha llevado a esta Sala a distintas soluciones, justificadas en cada caso por las diferencias de contenido de la declaración- cuestionario. En este caso, por la similitud de circunstancias concurrentes, debe estarse particularmente a la doctrina contenida en las citadas sentencias 37/2019, 621/2018, 563/2018, 273/2018, 542/2017, 726/2016, y 72/2016, que, como recuerda la 7/2020:

"declararon la existencia de ocultación dolosa o, cuando menos, gravemente negligente (sentencia 542/2017), atendiendo no solo al hecho de

que en algunos de esos casos el cuestionario no era impreciso (porque se preguntó al asegurado específicamente acerca de enfermedades concretas) sino también a que en otros casos, pese a la generalidad del cuestionario, existían "suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes para que la aseguradora pudiera valorar" (sentencia 621/2018, con cita de la 542/2017)".

Ello es así bien porque se ocultaron patologías previas por las que el asegurado fue expresamente preguntado a través de preguntas concretas, no genéricas o ambiguas, objetivamente influyentes para el riesgo que la aseguradora quería contratar (cuyo conocimiento y valoración podría haber determinado que no suscribiera el contrato o que lo hiciera en otras condiciones más onerosas para el tomador), bien porque, a pesar del carácter genérico del cuestionario, existían en el caso suficientes elementos significativos que el asegurado debía representarse como objetivamente influyentes o determinantes de la valoración del riesgo por la aseguradora.

8.- En aplicación de dicha jurisprudencia, el recurso debe ser desestimado por las siguientes razones:..Todas estas patologías o antecedentes de salud (algunas de tipo cardiovascular que fueron objeto de tratamiento médico y farmacológico), se ocultaron a la compañía (pese a que se preguntó de forma específica a la asegurado sobre su tensión).

4.ª) Por la variedad y continuidad en el tiempo de sus problemas de salud, y el citado seguimiento médico y farmacológico prolongado a que estaba sujeta y que fue negado, existían suficientes elementos significativos que la asegurada debía representarse como objetivamente influyentes del concreto riesgo que la aseguradora quería y debía conocer y valorar antes de suscribir el seguro, Y, sin embargo, fueron ocultados."

En cuanto al dolo en esta materia, es de interés la doctrina sentada en la STS de 11 de mayo de 2007:

" la jurisprudencia de esta Sala específicamente centrada en los arts. 89 y 10 de la Ley de Contrato de Seguro define el dolo al que tales preceptos se

refieren como la "reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubieran influido decisivamente en la voluntad de celebrarlo" (SSTS 31-12-98 [RJ 1998\9775], 26-7-02 [RJ 2002\8550] y 31-5-04 [RJ 2004\3554]). La última de estas sentencias pone a su vez en relación el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro con el art. 1269 CC y con la jurisprudencia al respecto para declarar que "El concepto de dolo que da el art. 1269 CC, no sólo comprende la insidia directa e inductora sino también la reticencia dolosa del que calla o no advierte debidamente - SS. 6 de junio de 1953 (RJ 1953\1658), 7 de enero de 1961 y 20 de enero de 1964 (RJ 1964\355)-, siendo esta segunda forma o modalidad de dolo a la que se refiere el inciso final del párrafo tercero del art. 10, como resalta la Sentencia de 12 de julio de 1993 (RJ 1993\6006) al decir que el dolo que se aprecia es, evidentemente, de naturaleza negativa, en cuanto supone reticencia en la obligada [persona obligada] que silenció los hechos y circunstancias influyentes y determinantes de la conclusión del contrato que de haberlos sabido la otra parte influirían decididamente en su voluntad de celebrar el contrato y que encuentra encaje en el art. 1269 CC -S. (SS. 26 de octubre de 1981 [RJ 1981\4001] y 26 de julio de 2002 [RJ 2002\8550], y en el mismo sentido, 30 de septiembre de 1996 [RJ 1996\6821], 31 de diciembre de 1998 [RJ 1998\9775] y 6 de febrero de 2001 [RJ 2001\1005]). El dolo es el engaño causado maliciosamente haciendo creer al otro contratante lo que no existe u ocultando la realidad (S. 3 de octubre de 2003 [RJ 2003\6496])".

La STS de 30 de enero de 2003 nos aclara que "El párrafo 3º del artículo 10 termina diciendo que "si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará exonerado el asegurador del pago de la prestación". Al referirnos a este supuesto, como hace la doctrina más autorizada, interesa hacer notar, en primer lugar, que se trata de estudiar el supuesto en el que exista dolo o culpa grave del tomador del seguro. La Ley EDL 1980/4219, en este caso, se refiere a los dos

conceptos, mientras que en otros se alude únicamente al dolo o, con terminología insegura, de la que había pretendido huir el Proyecto de Ley, a la "mala fe". El elemento intencional al que es tan sensible el contrato de seguro, ha querido extenderse en este caso del artículo 10 EDL 1980/4219 a esos dos supuestos. Comprende así el caso de declaraciones inexactas o reticentes por dolo, es decir, cuando esas declaraciones tienen como finalidad el engaño del asegurador, aun cuando no se tenga la voluntad de dañar a la otra parte (artículos 1260 y 1269 del Código Civil) y, también, aquellas declaraciones efectuadas por culpa grave, esto es, con una falta de diligencia inexcusable en la contestación del cuestionario. La precisión de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se ha debido a culpa grave, no es tarea fácil, en que la línea divisoria entre la culpa leve y la grave es sutil. Sólo a la vista de cada caso concreto podrá determinarse si nos encontramos ante un supuesto de culpa grave o no. Todo ello es de libre apreciación del Tribunal sentenciador en cuanto, siendo conceptos jurídicos, han de resultar de lo actuado como hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial interpreta y valora, para decretar su concurrencia.(Sentencias del Tribunal Supremo de 12 de agosto de 1993 y 24 de junio de 1999).".

Consecuentemente, habrá que estar al caso concreto para determinar si nos encontramos ante el supuesto de dolo, culpa grave, simplemente leve, o correcta contestación al cuestionario.

El cuestionario aparece redactado en español, incluyéndose entre las preguntas si tiene algún tipo de limitación física y/o psíquica, o si se le ha reconocido o está tramitando reconocimiento de algún tipo de minusvalía o incapacidad, si ha sido dado de baja o ha interrumpido su actividad habituar más de 15 días consecutivos por enfermedad o accidente, y si está pendiente de alguna prueba médica, cita con especialista, intervención quirúrgica o se encuentra actualmente bajo tratamiento o control médico, si ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos diez años, así como si se ha

diagnosticado alguna enfermedad digestiva, renal, cardiaca, pulmonar, neurológica, hepática, psiquiátrica, endocrina, infecciosa, tumoral u oftalmológica, incluidas más de 7 dioptrías, manifestando en todos estos casos una respuesta negativa. Se le pregunta únicamente por el consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, pero no sobre tabaco.

Pues bien, nos dice la parte recurrente en su apelación, lo que reproducimos puesto que en esencia se ajusta al material probatorio obrante en autos que:

"1.- A principios de [REDACTED] 2019 el difunto suscribió un seguro de salud con la entidad [REDACTED]

2.-Primera visita médica. Petición de una analítica. Fecha [REDACTED] (Vid doc 9.4 demanda y oficio [REDACTED])

Poco después de contratar con [REDACTED] seguro de salud, acudió el finado, el [REDACTED] de 2019 por voluntad propia, únicamente para solicitar una analítica o revisión al hospital [REDACTED] de [REDACTED] Según consta en el INFORME DE VISITA:

Tal y como consta en el informe, acude el paciente por voluntad propia y sin síntomas, sin presentar ni sufrir ningún problema de salud. Fue el mismo paciente el que solicitó la analítica, para confirmar que todo estaba bien, así se señala igualmente, en otro el INFORME DE VISITA posterior, de fecha [REDACTED] que analizaremos, pero del que copiamos parcialmente debajo, en lo referente a este punto:

En este primer informe de visita [REDACTED] aparece que se indicó por la doctora que lo atendió, la Dra. [REDACTED] la realización de una analítica (As) y unos rayos X de tórax. Estas son las únicas pruebas indicadas, sugeridas y mencionadas en dicha visita, lo que aparece claramente, en el informe de visita.

3.-Segunda visita [REDACTED] Fecha [REDACTED] Visita para comprobar el resultado de las pruebas solicitadas en la primera cita. (Vid doc 9.4 demanda y oficio [REDACTED])

El siguiente hecho relevante sucede el [REDACTED] del 2019. El difunto acude de nuevo al hospital [REDACTED] de [REDACTED] tal y como consta en el informe de visita emitido dicho día, para revisar con la misma doctora [REDACTED] el resultado de la analítica y los rayos X de tórax que le fue indicado en la primera visita de [REDACTED]

Así consta expresamente el informe de visita cuyo extracto copiamos a continuación:

En el informe de visita se dice que tiene marcadores de colesterol muy poco elevados, y simplemente como tratamiento se le aconseja dieta y ejercicio (dieta cardiosaludable y ejercicio físico). Consejo/tratamiento extensible a cualquier persona.

Lo relevante este informe de visita es que:

.- se indica que de la analítica y los rayos X realizados se está dentro de valores absolutamente normales

.-NO se advierte ninguna anomalía en la exploración

.-No se sugiere, ni indica, ni prescribe, ni se menciona prueba alguna a realizar, que esté pendiente, etc..

Es decir, el [REDACTED] la última vez que el Sr. visitó a un médico antes del cuestionario de salud y de fallecer, fue a [REDACTED] para ver cómo habían salido las analíticas, y le dijeron que todo era normal, sólo le indican que tiene el colesterol "muy poco elevado", y no se le dice que deba hacer ninguna otra prueba, ni tomar medicación, ni someterse a tratamiento o control, sólo se le dice, como a todo el mundo: "ejercicio y comer sano".

4.- Realización del cuestionario de salud. Fecha: [REDACTED] de 2019. (Vid Doc 2 de la contestación).

El siguiente hecho relevante y siguiendo el orden cronológico, es la cumplimentación del cuestionario de salud, en fecha [REDACTED] del 2019.

En este punto se hace necesario recordar que en esta fecha, tal y como hemos visto el señor [REDACTED] había acudido previamente al hospital [REDACTED] para hacerse por voluntad propia y sin ningún tipo de síntoma, una analítica de control ([REDACTED]), que su médica le indicó siguiendo su petición, una analítica y

los rayos X de tórax.

Y que una vez realizadas las pruebas, el día [REDACTED] acudió a ver a su doctora para que le diera los resultados, que le indicó que todo estaba normal que únicamente presentaba un muy leve nivel alto de colesterol, y no se le prescribió ni prueba adicional, ni tratamiento nada, más allá de la recomendación general aplicable a cualquier persona...

...Informe visita de fecha [REDACTED] ((Vid doc 9.3 demanda y oficio [REDACTED])).

En este segundo y último informe de visita, de los elaborados tras el fallecimiento, se realiza un pequeño resumen por la doctora [REDACTED] en relación al asegurado y ya finado.

Hay que señalar, que en este momento la doctora conocía por primera vez que había fallecido por un infarto. Dice, en el informe que el paciente solo acudió en dos ocasiones, que evidentemente son las señaladas anteriormente ([REDACTED] y [REDACTED]). Que el propio cliente solicitó un control analítico y que una vez realizadas la analítica y los rayos X se sugirió dieta y ejercicio.

Y por primera vez, sin que conste nada en los informes de visitas previos, ahora, meses después del fallecimiento y conociendo la causa del mismo, señala por primera vez, qué aparecieron sangre en heces positivas y se le sugirió una colonoscopia y también quedó pendiente la realización de un electrocardiograma (ECG) solo de control, añadiendo que el paciente nunca tuvo episodios de dolor o falta de aire a esfuerzos...

...Sobre la mención ex novo por [REDACTED] tras la muerte de la recomendación de una colonoscopia y electrocardiograma (ECG)

Esta parte desconoce el motivo por el cual el hospital [REDACTED] de [REDACTED] señala en este informe de visita de [REDACTED] meses después de la muerte, por primera y única vez que se habían sugerido pruebas distintas a las que constan en toda documentación médica anterior, es decir, distintas a los rayos X y las analíticas, que además el propio Sr. [REDACTED] solicitó él mismo como un chequeo, y que NO tuvieron su origen en un tratamiento o control médico, al que NO estaba sometido.

Es posible, que doctora [REDACTED] en dicho último informe posterior al óbito, conociendo por primera vez la causa del fallecimiento, pretendiese minimizar una posible o potencial responsabilidad profesional en caso de que se pretendiera reclamar a [REDACTED] por no haber detectado la causa que solo unos meses después provocaría el fallecimiento del marido de mi mandante; en las pruebas realizadas

Pero lo que sí sabemos con toda claridad y es un hecho indubitado es que ninguna referencia a la colonoscopia ni al ECG aparece en ninguna documentación médica que el fallecido y asegurado tenía en su poder, cuando realizó el cuestionario de salud...

...El juzgador con buen criterio, desestima como relevante, los factores de riesgos señalados por la parte demandada en su contestación:

Tabaquismo: no se preguntó por él en el cuestionario de salud.

Sobrepeso: se contestó correctamente la altura y peso por el asegurado en el cuestionario, por lo tanto era un dato conocido por [REDACTED]

La "pendencia de la colonoscopia" dice Su Señoría que nada tuvo que ver con la causa del fallecimiento, desestimándola por falta de relación causal. A lo que hay que añadir que según hemos señalado que no era una prueba pendiente, ni constaba en la información médica dada al asegurado y existente, cuando se contestó al cuestionario de salud."

Por tanto, esta Sala, considera que cuando se realizó el cuestionario previo de salud y se suscribió el contrato de seguro de vida, no existía ninguna prueba pendiente de practicar relacionada con la causa del fallecimiento, resultando que simplemente, a la vista de los resultados de esas pruebas ya realizadas, el fallecido no tenía datos para considerar, ni para sospechar siquiera, que tuviese una patología cardíaca que debiera poner en conocimiento de la aseguradora.

Evidentemente recomendar dieta cardiovascular sana y ejercicio físico, es una recomendación prácticamente aplicable a la totalidad de las personas sanas

con carácter meramente preventivo. Como indica el informe pericial aportado con la demanda, no padecía ninguna enfermedad común, laboral o accidental previa a la contratación de la póliza de vida con la compañía de seguros. Solo presentaba como factor de riesgo cardíaco sobrepeso por lo que se le prescribió ejercicio y dieta por leve aumento de colesterol, no llegando a ser considerado como paciente dislipémico.

De modo que contestó adecuadamente, cuando respondió que no se encontraba bajo tratamiento o control médico, o pendiente de prueba médica.

En todo caso, a efectos puramente dialécticos, dado su estado físico, no tenía diagnosticada ninguna patología cardíaca, en relación con la causa del fallecimiento, nos encontraríamos, como máximo, ante un supuesto de simple culpa leve por no comunicar que tenía leve hipertensión y sobrepeso y que le habían recomendado dieta saludable cardiovascular y ejercicio físico, que no impediría tampoco el derecho al cobro de la indemnización correspondiente por fallecimiento en los términos contratados.

En consecuencia, procede la estimación del recurso la revocación de la sentencia apelada y la estimación íntegra de la demanda condenando a la aseguradora a que pague a la demandante la cantidad reclamada de 150.000€, más los intereses del artículo 20 de la LCS, desde la fecha de comunicación del siniestro el día 9 de agosto de 2019 y hasta su efectivo pago.

Como dice la STS de 1 de febrero de 2020: "Es jurisprudencia reiterada (sintetizada, entre las más recientes, en sentencias 252/2018, de 10 de octubre, y 56/2019, de 25 de enero) que el recargo por mora del asegurador, dado su marcado carácter sancionador y su 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, no desaparece automáticamente por el hecho

de que exista un proceso o deba acudir al mismo, sino únicamente cuando se hace necesario acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar, esto es, cuando la resolución judicial es imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura."

Y la STS de 29 de abril de 2021: "...ha reiterado la jurisprudencia (p.ej. sentencia 503/2020, de 5 de octubre, con cita de las sentencias 556/2019, de 22 de octubre y 522/2018, de 24 de septiembre) que la regla general de que según el art. 20.6.ª LCS, el día inicial es la fecha del siniestro tiene dos excepciones: la primera, referida al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, implica que si no han cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o en la ley el término inicial del cómputo será el de la comunicación (artículo 20.6.ª II LCS) y no la fecha del siniestro; y la segunda, referida al tercero perjudicado o sus herederos, determina que excepcionalmente será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del ejercicio de la acción directa (art. 20. 6.ª III LCS) cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción por el perjudicado o sus herederos."

Además, ya antes de la presentación de la demanda, documento 10 y ss de la misma, se remitieron los informes médicos suficientes, que igualmente se acompañaron con la demanda, para que la aseguradora pudiera tomar una decisión al respecto, pues además consideramos que la cobertura estaba clara y también la obligación de cubrir el siniestro por lo arriba expuesto.

SEGUNDO.- Estimado el recurso y con ello íntegramente la demanda se imponen a la demandada las costas causadas en la instancia y sin especial pronunciamiento en cuanto a las de la apelación.

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

en nombre del Rey, y por la autoridad conferida por el Pueblo Español;

### FALLAMOS

Que con estimación del recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de doña [REDACTED], contra la sentencia del Juzgado de Primera Instancia número 3 de Orihuela, de fecha [REDACTED] de 2022, revocamos la misma, y estimando íntegramente la demanda condenamos a la aseguradora [REDACTED] a que pague a la demandante la cantidad de €150.000, más los intereses del artículo 20 de la LCS, desde la fecha de comunicación del siniestro el día 9 de agosto de 2019 y hasta su completo pago. Se imponen a la demandada las costas causadas en la instancia y sin especial pronunciamiento en cuanto a las de la apelación.

Con devolución del depósito constituido.

Notifíquese esta sentencia conforme a la Ley y, en su momento, devuélvase los autos originales al Juzgado de procedencia, de los que se servirá acusar recibo, acompañados de certificación literal de la presente resolución a los oportunos efectos de ejecución de lo acordado, uniéndose otro al rollo de apelación.

Hágase saber a las partes que esta sentencia no es firme y que contra la misma, cabe recurso extraordinario por infracción procesal y/o recurso de casación en los casos previstos en los arts. 468 y ss. de la Ley de Enjuiciamiento Civil que deberán ser interpuestos en un plazo de VEINTE DÍAS contados a partir del siguiente al de su notificación para ser resueltos, según los casos, por la Sala Civil y Penal del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana o por la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo.

Junto con el escrito de interposición de los recursos antedichos deberán aportarse, en su caso, justificante de ingreso de depósito por importe de

PEDRO MIGUEL MONTES TORREGROSA

CARLOS BAOS

Notificación Recibida Lexnet:

Fecha de notificación: 31/03/2023

Fecha Envío Lexnet: 31/03/2023

DE INSTANCIA Nº 3 DE ORIHUELA

CINCUENTA EUROS (50.- €) en la "Cuenta de Depósitos y Consignaciones" de este Tribunal nº 3575 indicando el "concepto 04" para el recurso extraordinario por infracción procesal y el "concepto 06" para el recurso de casación, sin el cual no se admitirán a trámite.

Así, por esta nuestra sentencia definitiva que, fallando en grado de apelación, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- La anterior resolución ha sido leída y publicada en el día de su fecha por el Ilmo. Sr. Ponente, estando la Sala reunida en audiencia pública. Doy fe.

CONCUERDA lo precedentemente transcrito bien y fielmente con su original al que me remito y refiero. Y para que así conste, expido el presente en Elche a, treinta de marzo de dos mil veintitrés.

LA LETRADA DE LA ADMON. DE JUSTICIA

CSV

URL de validación: <https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena>

