

Resumen

No ha lugar al recurso de casación interpuesto por el demandante respecto a la colisión producida entre la motocicleta que conducía el mismo y un tractor resultado de la cual también resultó dañado un vehículo estacionado al margen de la vía. El TS señala que si bien es cierto que en las condiciones particulares tanto la invalidez absoluta como la parcial, cuentan con la misma suma asegurada, no es contrario a la lógica interpretar esa cláusula contractual en el sentido de que la indemnización a satisfacer para la invalidez de menor grado no puede ser igual que la prevista para la más grave, de forma que, rigiendo el 100% del capital base para la absoluta, una disminución o menoscabo de la capacidad que no llegara a ese grado debía ser resarcido con una indemnización adaptada al verdadero menoscabo orgánico o funcional sufrido, y con arreglo a los porcentajes recogidos en el baremo. En materia de intereses de demora el Alto Tribunal concluye que no fue sino a partir de concretarse en el informe de sanidad las secuelas o lesiones permanentes cuando nació la obligación de la aseguradora de indemnizar y, consecuentemente, cuando se inició el devengo de intereses de no apreciarse causa justificada del retraso.

NORMATIVA ESTUDIADA

Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro
art.1 , art.3 , art.20 , art.100

ÍNDICE

ANTECEDENTES DE HECHO	3
FUNDAMENTOS DE DERECHO	11
FALLO	15

CLASIFICACIÓN POR CONCEPTOS JURÍDICOS

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

INDEMNIZACIÓN

- En general
- Prueba de los daños
- Importe
- Intereses a abonar por entidades aseguradoras

SUPUESTOS DIVERSOS

- Colisiones por alcance

CONTRATO DE SEGURO

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Obligaciones

- Recargos por demora en el pago
- En general art. 20 LCS

PÓLIZA DE SEGURO

Interpretación

- En general
- Supuestos diversos

FICHA TÉCNICA

Favorable a: Aseguradora; Desfavorable a: Lesionado
Procedimiento:Recurso de casación

Legislación

Aplica art.1, art.3, art.20, art.100 de Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro
Cita RDLeg. 8/2004 de 29 octubre 2004. TR de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor
Cita Ley 34/2003 de 4 noviembre 2003. Modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados

Cita Ley 1/2000 de 7 enero 2000. Ley de Enjuiciamiento Civil LEC
Cita Ley 30/1995 de 8 noviembre 1995. Ordenación y Supervisión de Seguros Privados
Cita Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro
Cita CE de 27 diciembre 1978. Constitución Española
Cita RD de 24 julio 1889. Código Civil

Jurisprudencia

- Resuelve el recurso interpuesto contra SAP Lugo de 4 marzo 2008 (J2008/51195)
Citada en el mismo sentido por SAP Zamora de 31 octubre 2011 (J2011/280336)
Citada en el mismo sentido por STS Sala 1ª de 28 noviembre 2011 (J2011/340849)
Citada en el mismo sentido por STS Sala 1ª de 30 noviembre 2011 (J2011/344350)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 20 abril 2011 (J2011/99503)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 16 febrero 2011 (J2011/10613)
Cita en el mismo sentido sobre ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN - INDEMNIZACIÓN - Importe STS Sala 1ª de 17 diciembre 2010 (J2010/302995)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 1 octubre 2010 (J2010/218712)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 5 octubre 2010 (J2010/213588)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 29 septiembre 2010 (J2010/201436)
Cita en el mismo sentido sobre ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN - INDEMNIZACIÓN - Importe STS Sala 1ª de 9 marzo 2010 (J2010/37576)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 12 noviembre 2009 (J2009/271309)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 18 junio 2009 (J2009/150895)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Interpretación - En general, CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Interpretación - Supuestos diversos STS Sala 1ª de 11 febrero 2009 (J2009/16810)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 13 noviembre 2008 (J2008/217174)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 30 octubre 2008 (J2008/209687)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 10 julio 2008 (J2008/203562)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 18 septiembre 2008 (J2008/173091)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 9 julio 2008 (J2008/173072)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 23 julio 2008 (J2008/128041)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 10 julio 2008 (J2008/118948)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 17 octubre 2007 (J2007/222926)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Interpretación - En general STS Sala 1ª de 8 noviembre 2007 (J2007/206014)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 18 octubre 2007 (J2007/184367)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 17 abril 2007 (J2007/57893)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1 Pleno de 17 abril 2007 (J2007/39652)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 5 marzo 2007 (J2007/13411)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 7 febrero 2007 (J2007/7306)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 26 diciembre 2006 (J2006/345579)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
- Obligaciones - Recargos por demora en el pago - En general art. 20 LCS STS Sala 1ª de 11 septiembre 2006 (J2006/299573)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 9 octubre 2006 (J2006/275347)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 10 enero 2006 (J2006/1860)
Cita en el mismo sentido sobre CONTRATO DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO - Interpretación - Supuestos diversos STS Sala 3ª de 7 diciembre 2004 (J2004/225058)
Cita en el mismo sentido sobre ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN - INDEMNIZACIÓN - En general, ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN - INDEMNIZACIÓN - Importe STS Sala 1ª de 23 diciembre 1999 (J1999/40550)
Cita en el mismo sentido sobre ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN - INDEMNIZACIÓN - Importe, ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN - INDEMNIZACIÓN - En general STS Sala 3ª de 25 mayo 1999 (J1999/13878)
Cita en el mismo sentido STS Sala 1ª de 19 enero 1984 (J1984/6959)

Bibliografía

Versión de texto vigente null

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a veinte de julio de dos mil once.

Visto por la Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los Magistrados indicados al margen, el recurso de casación que con el núm. 819/2008 ante la misma pende de resolución, interpuesto por la representación procesal de D. Fabio, aquí representado por la procuradora D.^a Mónica de la Paloma Fente Delgado, contra la sentencia de 4 de marzo de 2008, dictada en grado de apelación, rollo núm. 590/2007, por la Sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Lugo, EDJ 2008/51195 dimanante del juicio ordinario núm. 184/2004 del Juzgado de Primera Instancia único de Chantada. Son parte recurrida la entidad Reale Seguros Generales, S.A., que ha comparecido representada por la procuradora D.^a Iciar de la Peña Argacha, la entidad Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., que lo ha hecho por medio del procurador D. Antonio Ramón Rueda López y D.^a Estrella, D. Ambrosio, D. Bernardino y la Mutualidad de Panaderos de Valencia, que no han comparecido.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El Juzgado de Primera Instancia único de Chantada dictó sentencia de 28 de diciembre de 2006, en el juicio ordinario núm. 184/04, cuyo fallo, dice:

«Estimando parcialmente la demanda interpuesta por el procurador don Jesús Cedrón Trigo, actuando en nombre y representación de don Fabio, contra la compañía aseguradora Aegon debo condenar y condeno a la demandada a abonar al demandante la cantidad de 35.459,71 euros; además la entidad aseguradora deberá abonar los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 .

»Cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes serán abonadas por mitad.

»Estimando parcialmente la demanda interpuesta por el procurador don Jesús Cedrón Trigo, actuando en nombre y representación de don Fabio, contra don Ambrosio, D.^a Estrella y la entidad aseguradora Allianz debo condenar y condeno a los codemandados a indemnizar de forma solidaria a don Fabio en la cantidad de 2.790 euros por los daños materiales y en la cantidad de 89.771,03 euros por los daños personales, más los intereses legales aplicables de dicha cantidad, que para la compañía aseguradora son los del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 .

»Cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes serán abonadas por mitad.

»Estimando íntegramente la demanda presentada por la procuradora D.^a Concepción González Ouro, actuando en nombre y representación de don Bernardino, contra don Fabio, don Ambrosio, D.^a Estrella y las entidades aseguradoras Mutualidad de Panaderos de Valencia y Allianz debo condenar a don Fabio y a la entidad Mutualidad de Panaderos de Valencia a abonar de forma solidaria al demandante la cantidad de 445,13 euros y a don Ambrosio, D.^a Estrella y la entidad aseguradora Allianz a abonarle la cantidad de 667,70 euros. Además, dichas cantidades generarán intereses moratorios desde la demanda (8 de octubre de 2004) e intereses legales desde la fecha de esta sentencia. Las compañías aseguradoras deberán abonar los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 .

»Los demandados deberán abonar las costas causadas en este procedimiento».

SEGUNDO.- La sentencia contiene los siguientes fundamentos de Derecho:

»Primero. Los presentes autos acumulados tiene su origen en el accidente de circulación ocurrido el día 3 de noviembre de 2001 sobre las 18:15 horas en el punto kilométrico 5,000 de la carretera LU-212 (Taboada-Monterroso) cuando se produjo la colisión entre la motocicleta YAMHA YZF 600R, matrícula... MXX, conducida y propiedad de don Fabio y asegurada por la entidad Mutualidad de Panaderos de Valencia y el tractor agrícola Same Mercury, matrícula U-....-WK, propiedad de D.^a Estrella, conducido por don Ambrosio y asegurado por la entidad Allianz.

»Además, a consecuencia de la colisión, la motocicleta salió despedida y chocó contra el vehículo Citroën AX, matrícula BE-....-Y, de don Bernardino, que se hallaba estacionado en el margen de la vía.

»Con carácter previo a entrar a resolver las cuestiones planteadas debemos indicar, de forma muy breve, el orden en el que se van a resolver las distintas controversias, ya que a pesar de que todas ellas tienen su origen en este accidente de circulación, la demanda que originó el procedimiento ordinario 184/04, se deriva de forma directa del contrato de seguro que vinculaba a don Fabio y a la compañía aseguradora Aegon, estando, en consecuencia ante un supuesto de responsabilidad contractual.

»Frente a ello, las demandas que dieron origen al procedimiento ordinario 206/04 y al juicio verbal 400/04, se basan en la responsabilidad extracontractual del artículo 1902 del Código Civil EDL 1889/1 , siendo necesario determinar para su resolución la mecánica y culpabilidad del accidente.

»En consecuencia, vamos a resolver en primer lugar la controversia planteada entre don Fabio y Aegon; pasando posteriormente a indicar cómo se produjo la colisión entre la motocicleta conducida por don Fabio, el tractor agrícola conducido por don Ambrosio y el Citroën AX de don Bernardino; para proceder finalmente a determinar la indemnización que le corresponde a don Fabio por los daños personales y materiales que se le causaron y a don Bernardino por los daños causados en su vehículo.

»Segundo. En su demanda frente a la entidad Aegon, don Fabio solicita que su aseguradora le indemnice por la invalidez permanente absoluta y parcial (120.202,42 euros) y por la invalidez profesional (60.101,21 euros) originadas por las lesiones que a consecuencia del accidente le han quedado, debiendo ser indemnizado por ambos conceptos debido a que se pagan primas diferentes por ellos.

»Por su parte, la demanda se opone a la cantidad reclamada allanándose parcialmente al abono de 28.848,58 euros que es la cantidad que en aplicación de la cobertura pactada y las condiciones generales le corresponde a don Fabio.

»Tercero. La primera cuestión discutida es si debemos o no entender aplicables en el caso de autos las condiciones generales del Contrato de Seguro pactado entre Aegon y don Fabio por cuanto el demandante manifiesta que éstas no le fueron entregadas y que sólo conocía las condiciones particulares y, en consecuencia, las generales no le vinculan. Ello supone que su póliza de accidentes está exclusivamente integrada por las condiciones particulares solicitando ser indemnizado por las cantidades íntegras que en las mismas se recogen; así, por la invalidez permanente absoluta y parcial en 120.202,42 euros y por la invalidez profesional en 60.101,21 euros.

»Frente a ello, Aegon manifiesta que la póliza está integrada por las condiciones generales y las particulares y en las condiciones generales se indican los porcentajes en los que las indemnizaciones globales pactadas en las condiciones particulares deben ser minorados. En consecuencia, a don Fabio le corresponde exclusivamente como indemnización, en virtud de la póliza pactada, la indemnización por invalidez permanente parcial fijándose la cuantía en un 24% de la cantidad global pactada en las condiciones particulares, de ahí que la compañía aseguradora se allane en la cantidad de 28.848,58 euros.

»Y por la prueba practicada debemos entender que la póliza de seguro que formaliza el contrato de seguro entre Aegon y don Fabio está compuesta tanto por las condiciones generales como por las condiciones particulares.

»Así, en las propias condiciones particulares, aportadas a la causa por el demandante, se indica que "el tomador del seguro declara conocer y recibir todas las condiciones generales y particulares que forman parte de esta póliza" siendo ésta una práctica habitual en las aseguradoras la de integrar sus pólizas con las condiciones particulares y las condiciones generales a través del documento en donde figuran las condiciones particulares y entregando un libro con las condiciones generales, de tal forma que una máxima de la experiencia nos lleva a determinar que todos conocemos que los contratos están compuestos de ambos documentos y siendo presumible que una persona que conducía un camión y actuaba de forma profesional conduciendo un camión con sus correspondientes seguros, debería tener conocimiento de ello.

»En cualquier caso, en las condiciones particulares, firmadas por don Fabio y aportadas por él a los autos, se indica de forma expresa que conoce y recibe las condiciones generales y, por ello, las mismas le vinculan.

»Por ello, debemos entender que el contrato de seguro que vincula a Aegon y a don Fabio está compuesto tanto por las condiciones generales como por las condiciones particulares vinculando de igual forma a ambas partes.

»Cuarto. La segunda cuestión controvertida se centra en determinar si la indemnización por invalidez permanente absoluta y parcial y la invalidez profesional son independientes y procede la indemnización por ambas coberturas o como manifiesta la demandada la invalidez profesional no procede por cuanto no ha acaecido el riesgo objeto de cobertura ya que, desde un punto de vista médico, don Fabio no está impedido para el desempeño de su actividad profesional de camionero.

»En relación a la duplicidad de indemnizaciones, sí se admite por cuanto en las condiciones generales se recoge la misma; en concreto dentro de la regulación sobre compatibilidad de las garantías contratadas se prevé "la prestación por invalidez profesional es compatible con la prestación por invalidez permanente parcial en cualquiera de sus baremos" y en las condiciones particulares se observa que por ambas prestaciones se pagan distintas primas, que luego se integran en una prima total.

»Para resolver la oposición de Aegon a abonar la prestación por invalidez profesional debemos acudir al informe elaborado por el perito judicial don Daniel, ratificado y explicado en la vista, en donde se indica que el demandante sí está físicamente impedido para el desempeño de las tareas fundamentales de su profesión de camionero; explicando que el hecho que puede conducir otros vehículos o andar en bicicleta no suponen que las lesiones que padecen le impidan ejercitar de forma profesional su actividad de conductor de camión, exigiéndose unas condiciones físicas superiores que las que se exigen para conducir puntualmente un vehículo, condiciones físicas que están mermadas a raíz del accidente.

»En consecuencia, don Fabio sí debe ser indemnizado también por la invalidez profesional al haberse derivado del accidente del 3 de noviembre de 2001 unas lesiones que le causan el riesgo asegurado, siendo éste conforme las condiciones generales "cuando el asegurado como consecuencia de un accidente garantizado tenga derecho a percibir una indemnización como consecuencia de padecer una Invalidez Permanente Parcial que le inhabilite irreversiblemente para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión principal...".

» Así, conforme explicó el perito judicial, cuyo informe goza de presunción de objetividad e imparcialidad, don Fabio no puede desempeñar de forma habitual las tareas básicas de su profesión, como por ejemplo conducir de forma prolongada un camión o incluso subirse o bajarse del mismo, y ello con independencia de que sí pueda realizar otras actividades de su vida diaria, como conducir un coche o andar sin bastón.

»Quinto. Una vez determinado el derecho de don Fabio a ser indemnizado tanto por la invalidez permanente parcial como por la invalidez profesional debemos proceder a cuantificar las indemnizaciones.

»Así, en relación a la primera, Aegon aplicando el baremo recogido en las condiciones generales manifiesta que le corresponde un 24% de la cantidad global recogida en las condiciones particulares, fijando la indemnización en 28.848,58 euros, cantidad que fue consignada para pago y entregada a don Fabio.

»Aegon fija este porcentaje acudiendo al baremo regulado en las condiciones generales aplicando por analogía el porcentaje fijado para la "amputación para pierna por encima de la rodilla".

»No obstante, el perito judicial en su informe se pronunció de forma específica sobre el "porcentaje de invalidez permanente que le corresponde a la situación médica del actor derivada del accidente sufrido a tenor del baremo fijado en la página 11 del condicionado general del contrato", indicando el Sr. Daniel que el porcentaje es del 11 %.

»Aegon determinó la indemnización que le correspondía a don Fabio por la invalidez permanente parcial en un 24%, debiendo admitir esta cantidad al estar el proceso civil vinculado al principio dispositivo; en consecuencia, le corresponde a don Fabio por la invalidez permanente parcial la cantidad de 28.848,58 euros.

»En relación a la invalidez profesional, aplicando a la cantidad global indicada en las condiciones particulares el porcentaje del 24%, establecido por la compañía aseguradora y aplicable también a la invalidez profesional, le corresponden a don Fabio por este concepto 14.424,29 euros.

»En consecuencia la cantidad global que deberá abonar la compañía aseguradora Aegon a don Fabio a consecuencia del contrato pactado entre ambas partes asciende a 43.272,87 euros. De dicha cantidad, en ejecución de sentencia, se deberán deducir los 28.848,58 euros ya abonados.

»Sexto. En relación a la petición de intereses formulada por el demandante, debemos acudir a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219, en donde se indica que "se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de 3 meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro". En el mismo artículo en su apartado 4.º se establece que "la indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

»No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100".

»Ha quedado acreditado que dentro de los tres meses siguientes al siniestro no se produjo ni el pago ni la consignación de la indemnización por lo que la compañía aseguradora ha incurrido en mora, debiendo los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219.

»Séptimo. Entrando ya en el estudio de las controversias de los procedimientos 206/04 y 400/04, debemos, en primer lugar, determinar cómo se produjo el accidente o, más concretamente, quién fue el culpable de que el accidente se produjera.

»Así, es necesario acudir al atestado elaborado por la Guardia Civil de Tráfico, ratificado y explicado en la vista por uno de los instructores del mismo.

»En el atestado se establece que la causa principal o eficiente de la producción del accidente es "no respetar la prioridad de paso en cambio de dirección el conductor del tractor agrícola implicado"; no obstante, continúa diciendo "asimismo, se considera que la causa principal del accidente ha sido la reseñada anteriormente, también tuvo influencia notoria en el accidente que nos ocupa, el hecho de que el conductor de la motocicleta implicada, circulase a una velocidad elevada, muy superior a la permitida por señal vertical (40 km/h por tramo en obras), lo cual influyó tanto en la ausencia de éxito de la maniobra evasiva, así como en que tanto las lesiones como los daños fuesen de elevada magnitud".

»Además, don Ambrosio, D^a Estrella y la compañía aseguradora Aegon, con su contestación, presentaron un informe pericial elaborado por la entidad Gicas Ingenieros en cuyas conclusiones se determina que la velocidad a la que circulaba don Fabio le impidió adoptar las medidas necesarias para evitar la colisión.

»Así, debemos admitir la concurrencia de culpas de don Ambrosio y don Fabio en la causación del accidente ya que la presunción de veracidad, objetividad e imparcialidad que preside el atestado de la Guardia Civil no se destruye ni por la declaración de don Fabio ni por la de los testigos propuestos por su defensa don Leoncio y don Paulino, teniendo en cuenta que el primero declaró ante la Guardia Civil y su declaración, incluida en el atestado, fue ya tenida en cuenta para la elaboración de éste y que el segundo, como declaró en la vista, estaba de espaldas a la carretera viendo exclusivamente la colisión, pero no cómo fue la conducta previa de los conductores.

»Así, podemos estimar una culpa del 60% en la actuación de don Ambrosio como actor principal del accidente y un 40% de culpa en don Fabio, por no adaptar su conducción a las condiciones de la vía, no pudiendo maniobrar para evitar la colisión a pesar de circular por una recta con buena visibilidad.

»Octavo. Entrando ya en los daños y perjuicios causados a don Fabio, no existe controversia sobre los daños materiales ya que la defensa de don Ambrosio, D^a Estrella y la entidad aseguradora Allianz no se ha opuesto a los mismos en cuanto a su cuantificación, ascendiendo ésta a la cantidad de 4.650 euros (que es la diferencia entre la valoración efectuada de la motocicleta y los restos de la misma).

»La controversia se centró en las lesiones causadas a don Fabio a consecuencia del accidente y más en concreto las secuelas padecidas a consecuencia de las lesiones y la existencia de una incapacidad permanente total. También hay discrepancia sobre el baremo a aplicar, las cantidades consignadas por la compañía aseguradora y la reclamación por gastos médicos, farmacéuticos y de fisioterapia.

»Noveno. Para determinar las consecuencias de las lesiones sufridas por don Fabio en el accidente de autos, debemos acudir a los distintos informes médicos que figuran unidos en la presente causa.

»Así, ambas partes están de acuerdo en el período de curación pero no en las secuelas que padece don Fabio ni si, a consecuencia de las mismas, el demandante tiene una incapacidad permanente.

»En los autos nos encontramos con tres informes médicos, el informe de sanidad emitido por el médico forense el 21 de mayo de 2003, el peritaje del Sr. Pedro Francisco, que actuó a instancias de Allianz y el informe del perito judicial, Sr. Blas.

»A la vista de los tres informes vamos a determinar la indemnización sobre la base del informe del perito judicial por cuanto se presume de él la imparcialidad y objetividad que no puede a priori atribuirse al informe del perito de parte y porque debemos considerar que el informe D. Blas es más completo que el del médico forense por cuanto en la elaboración del mismo se han tenido en cuenta informes médicos posteriores al informe de sanidad; además en la elaboración de este peritaje, como así consta en el mismo, sí se ha tenido presente la lesión previa de don Fabio.

»En relación al baremo que se va a aplicar, debemos de partir de que el Tribunal Supremo considera que "que las deudas indemnizatorias por daños y perjuicios son deudas de valor para cuya cuantificación ha de tenerse en cuenta el momento del pago o resarcimiento". Ello, en la práctica, y diferenciando criterios según las distintas Audiencias Provinciales, supone que la indemnización o bien se fija aplicando el baremo vigente a la fecha del accidente e incrementando la indemnización en el I.P.C. o bien, aplicando directamente el baremo que está en vigor en la fecha de la sentencia.

»Y éste último es el criterio seguido por esta juzgadora, de ahí que aunque, las partes han fijado sus cuantías indemnizatorias sobre otro baremo, en esta sentencia se va a aplicar la actualización publicada en el BOE el 3 de febrero de 2006; sin olvidar, que el baremo forma parte de una ley, por lo tanto, está vinculado al principio iura novit curia, lo que significa que no se ve afectado por el principio dispositivo propio de toda reclamación civil.

»Además, la tardanza en la tramitación de esta demanda no debe imputarse a una clara voluntad dilatoria del demandante con la voluntad de ver aumentada su indemnización, por lo que no considero que en el presente caso debamos excepcionar la regla general antes aludida.

»Décimo. D. Fabio estuvo 61 días hospitalizado y tardó en curar de sus lesiones 497 días, estando 469 días impedido para sus ocupaciones habituales y 28 días no impedido para el desempeño de sus ocupaciones habituales. Por lo tanto, le corresponde por los días de curación la cantidad de 27.415,01 euros, desglosados de la siguiente forma:

»Por los 61 días de hospitalización.- 3.680,74 euros.

»Por los 469 días improductivos.- 22.995,07 euros.

»Por los 28 días no improductivos.- 739,2 euros.

»Esta cantidad será incrementada por el 10% de factor de corrección al haberse acreditado documentalmente los ingresos de don Fabio; en consecuencia la indemnización por tiempo de curación asciende a la cantidad de 30.156,51 euros.

»En relación a las secuelas y siguiendo el informe del perito judicial debemos diferenciar entre secuelas funcionales y secuelas estéticas. En relación a las primeras se le reconoce un total de 34 puntos, por lo que le corresponde la cantidad de 44.408,08 euros.

»En relación a las secuelas estéticas, D. Blas las califica como perjuicio estético importante. Así, las cuantifica en 11 puntos lo que supone que le corresponde a don Fabio por las secuelas estéticas la cantidad de 8.664,15 euros.

»En consecuencia por las secuelas le corresponde la cantidad de 53.072,23 euros.

»Dicha cantidad deberá ser incrementada en el 10% de factor de corrección; por lo tanto, le corresponde por las secuelas padecidas la cantidad de 58.379,45 euros.

»Undécimo. Se ha discutido por los demandados la existencia de la incapacidad permanente total reclamada por don Fabio manifestando que el demandante padece una incapacidad permanente pero en grado de parcial.

»El baremo define la incapacidad permanente parcial y total en su tabla IV estableciendo que la primera es aquella que con secuelas permanentes limita parcialmente la ocupación o actividad habitual, sin impedir la realización de las tareas fundamentales y, por el contrario, la incapacidad permanente total es aquella incapacidad que impide totalmente al lesionado la realización de las tareas de la ocupación o actividad habitual.

»Siguiendo el informe del perito judicial debemos reconocer a don Fabio una incapacidad permanente total pero a efectos de su cuantificación, al no haberse practicado prueba para la determinación de la cantidad que en tal concepto le corresponde, debemos establecer una cantidad media en 40.000 euros.

»Duodécimo. Se reclaman finalmente por don Fabio una serie de gastos médicos, farmacéuticos y de fisioterapia.

»Sobre los mismos los demandados manifestaron que no tiene inconveniente en abonar aquéllos que se pruebe que no fueron sufridos por la aseguradora del demandante y se opone a los gastos de operación de cicatrices, por cuanto consideran que los mismos ya se incluyen en la secuela de perjuicio estético.

»Entrando en esta alegación, el baremo indica de forma específica "el perjuicio estético es el existente en el momento de la producción de la sanidad del lesionado y es compatible su resarcimiento con el coste de las intervenciones de cirugía plástica para su corrección", en consecuencia, debemos estimar esta petición de don Fabio.

»En relación a los demás gastos médicos, farmacéuticos y de fisioterapia, por la documental ha quedado acreditado que son distintos a los que en su día abonó Aegon, en consecuencia procede también estimar esta petición.

»Así, la cantidad a la que don Fabio tiene derecho como indemnización por gastos médicos y otros asciende a 21.082,43 euros.

»Décimo Tercero. Conforme a todo lo anteriormente dicho, don Fabio ha sufrido a consecuencia del accidente unos daños materiales que son cuantificados en 4.650 euros y unos daños personales que por todos los conceptos ascienden a la cantidad de 149.618,39 euros.

»No obstante, hemos reconocido una culpa de los demandados en la causación del accidente del 60%, por lo que la indemnización a la que don Fabio tiene derecho por los daños y perjuicios derivados del accidente de autos asciende a 2.790 euros por los daños materiales y 89.771,03 euros por los daños personales.

»Décimo Cuarto. En cuanto a las cantidades consignadas, la entidad aseguradora Allianz, reconociendo la concurrencia de culpas en la causación del accidente, procedió a realizar una serie de consignaciones, reflejadas en las actuaciones, solicitando que dichas cantidades fueran entregadas a don Fabio en pago de la indemnización que finalmente le pudiera corresponder.

»Así, antes de que se emitiera el informe de sanidad, se consignaron el 6 de marzo de 2002, 5.188,94 euros y el 21 de marzo de 2002, 7.711,06 euros y después del informe de sanidad se consignaron el 19 de junio de 2003, 14.108,54 euros y el 1 de julio de 2003, 16.757,35 euros.

»Además, también consignó, el 23 de julio de 2004, 2.325 euros en concepto de indemnización por los daños materiales.

»En consecuencia se ha procedido a consignar por la entidad aseguradora Allianz la cantidad de 46.090,89 euros; cantidad que en ejecución de sentencia deberá deducirse de la suma global que como indemnización se le reconoce a don Fabio en esta sentencia.

»Décimo Quinto. En relación a los intereses debidos por la entidad aseguradora Allianz, en aplicación de la normativa anteriormente aludida, la misma incurrió en mora por lo que deberá abonar los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 .

»Décimo Sexto. Entrando ya finalmente en el estudio de la demanda que dio lugar al juicio verbal 400/04, don Bernardino solicita que se condene a don Fabio, a la compañía aseguradora Aegon, a don Ambrosio, a D^a Estrella y a la entidad Mutualidad de Panaderos de Valencia a que le indemnicen en la cuantía de 1.112,83 euros, que es la cantidad a la que ascienden los daños que se le causaron en su vehículo.

»Frente a esta pretensión, los demandados se oponen pero no a la cuantía sino a que se reconozca su responsabilidad en la causación de los daños.

»Así, al haber determinado la concurrencia de culpas de don Fabio y don Ambrosio, en la causación del accidente y al no haber sido impugnada la cantidad reclamada, habiéndose ratificado el representante legal de Talleres Varela, en la factura aportada manifestando que fue totalmente abonada por don Bernardino, debemos condenar a don Fabio y a la entidad Mutualidad de Panaderos de Valencia a abonar de forma solidaria al demandante el 40% de dicha cantidad, es decir, 445,13 euros y a don Ambrosio, D^a Estrella y a la entidad aseguradora Allianz a abonarle de forma solidaria, 667,70 euros.

»D. Bernardino solicita además que se les condene a los demandados al abono de los intereses correspondientes por mora, debiendo estimar también esta petición al no constar abonados los daños materiales; intereses que para las compañías aseguradoras serán los del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 .

»Décimo Séptimo. En materia de costas, el artículo 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil EDL 2000/77463 señala que, "en los procesos declarativos, las costas de la primera instancia se impondrán a la parte que haya visto rechazadas todas sus pretensiones, salvo que el tribunal aprecie, y así lo razone, que el caso presentaba serias dudas de hecho o de derecho.

»Si fuere parcial la estimación o desestimación de las pretensiones, cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad a no ser que hubiere méritos para imponerlas a una de ellas por haber litigado con temeridad".

»Así, tanto las demandas planteadas por don Fabio frente a Aegon y frente a don Ambrosio, D^a Estrella y la entidad aseguradora Allianz han sido parcialmente estimadas por lo que, en relación a cada una de ellas, cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes serán abonadas por mitad.

»En relación a la demanda presentada por don Bernardino que dio lugar al juicio verbal 400/04 ha sido totalmente estimada por lo que don Fabio, la entidad Mutualidad de Panaderos de Valencia, don Ambrosio, D^a Estrella y la entidad aseguradora Allianz deberán abonar las costas causadas en el mismo».

TERCERO.- La Sección 1.^a de la Audiencia Provincial de Lugo dictó sentencia de 4 de marzo de 2008, en el rollo de apelación núm. 590/2007 EDJ 2008/51195 , cuyo fallo dice:

Fallamos:

«Se estima parcialmente ambos recursos y se revoca parcialmente la sentencia en los siguientes extremos:

»a) No se aplicará el Baremo porcentual para la garantía de invalidez profesional.

»b) El porcentaje de culpa de la víctima se fija en el 30%.

»c) La cantidad que se reconoce por incapacidad permanente total es de 50.000 euros.

»d) La Cía. de Seguros Aegon pagará los intereses del art. 20 de la LCS EDL 1980/4219 desde la fecha de sanidad, no desde la fecha del accidente.

»No se hace condena en costas».

CUARTO.- La sentencia contiene los siguientes fundamentos de Derecho:

»Se aceptan los de la sentencia apelada con las matizaciones que se dirán.

»Primero. Consiste la contienda en las consecuencias derivadas de un accidente de circulación con diversos perjudicados y Cías. Aseguradoras implicadas, habiéndose acumulado en el presente distintos procedimientos si bien todos ellos tienen como elemento común el citado siniestro.

»Frente a la sentencia se interponen tres recursos de apelación en cuyo análisis cumple entrar a la Sala.

»Segundo. En el primer recurso planteado por la víctima principal D. Fabio se discrepa de la sentencia por varios motivos.

»Consiste el primero en la eficacia o no de las condiciones generales, pues se argumenta que ni se conocían, ni fueron entregadas, ni se suscribieron.

»En el caso que nos ocupa concurren como garantías cubiertas, la invalidez permanente absoluta y parcial y la invalidez profesional, pues ambas garantías figuran en las condiciones particulares y por cada una se abonó la correspondiente prima.

»Ahora bien carece de lógica que el capital asegurado sea el mismo para la invalidez absoluta que para la parcial y buena prueba de ello es que cuando en la página 2 de las condiciones particulares se desarrolla la opción de pago en supuestos de muerte e invalidez se incluye la invalidez absoluta y expresamente se excluye la parcial lo que abona el criterio que la cobertura por invalidez parcial ha de concretarse en función de un porcentaje del menoscabo producido y por tanto requiere su integración en las condiciones generales.

»De hecho, siendo la doctrina de la Sala la de que las cláusulas limitativas han de estar suscritas, en tanto que las delimitativas pueden remitirse a las condiciones generales, es precisamente este supuesto de invalidez parcial paradigmático de la necesidad de concreción en algún Baremo que puede estar contenido en las concisiones generales.

»Todo ello lleva a la desestimación del motivo en cuanto a la invalidez permanente parcial, pero no así en relación con la invalidez profesional pues en este caso se ha acreditado que está incapacitado para su profesión y por tanto no es asimilable el razonamiento anterior pues no existe motivo para la graduación.

»Tercero. En cuanto al porcentaje de culpa en el accidente se comparte con el apelante que la parte de culpa de la víctima no está bien ajustada en la sentencia pues la causa sustancial del siniestro consiste en la maniobra del tractor que gira a la izquierda invadiendo el carril por el que circula el motorista, y aunque es cierto que éste circulaba a mayor velocidad de la permitida sin aquella invasión no existiría el siniestro.

»Por ello, para ponderar debidamente tanto la causa como las consecuencias, entiende la Sala oportuno fijar la culpa de la víctima en el 30%.

»Cuarto. También se discute la valoración separada de las secuelas estéticas y fisiológicas. Sin desconocer que el Baremo vigente en el momento del siniestro era más favorable en este sentido pues en aquél se sumaban, lo cierto es que la sentencia aplica el Baremo de 2006 vigente en el momento de dictar sentencia y lo que no puede hacerse es pretender la aplicación de dos Baremos en atención a lo que favorezca en cada caso, por lo que el motivo ha de verse rechazado.

»Quinto. Parece igualmente ajustado a las circunstancias del caso atender la petición del apelante de elevar la cantidad concedida en concepto de incapacidad permanente total pues se acreditó que ha tenido que abandonar su medio de vida como transportista fijándose la cantidad de 50.000 euros.

»Sexto. No procede acordar la absolución del apelante en el juicio verbal 400/04 pues se ha establecido un porcentaje de culpa del mismo siquiera sea un poco inferior al establecido en la sentencia de primera instancia.

»Séptimo. En el segundo recurso interpuesto por Aegon Seguros Generales S.A. se discrepa de la imposición de los intereses moratorios del art. 20 de la LCS. EDL 1980/4219

»Entiende la Sala que las consignaciones han sido notoriamente insuficientes y por tanto no concurre causa para la no imposición pero sí se comparte con la apelante que el "dies a quo" no puede ser la fecha del accidente sino la de sanidad de la víctima que es cuando se concreta el alcance de las secuelas.

»Octavo. En el tercer recurso de apelación se plantea de nuevo el porcentaje de culpa que es una cuestión ya resuelta y habrá de estarse a lo establecido.

»Noveno. También se discute la incapacidad permanente parcial que es una secuela establecida en el informe del Dr. Blas y que ante la discrepancia de informes periciales emitidos por técnicos de reconocido prestigio, habrá de diluir la duda según el principio "pro damnato" y por tanto acoger el más favorable al perjudicado como ya hace la sentencia, lo mismo que ocurre con los puntos que corresponden por secuelas.

»Décimo. En cuanto a los intereses moratorios no concurren aquí motivos que impidan la aplicación ordinaria del art. 20 de la LCS EDL 1980/4219 pues no estamos en la relación interna asegurador-asegurado, sino en la de tercero perjudicado, y lo cierto es que las consignaciones fueron extemporáneas e insuficientes.

»Undécimo. No procede condena en costas».

QUINTO.- El escrito de interposición del recurso de casación presentado por la representación procesal de D. Fabio se ampara en el artículo 477.2.º LEC EDL 2000/77463 y se articula a través de cinco motivos.

El primer motivo no ha sido admitido.

El segundo motivo se introduce con la fórmula:

«II. Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.1 de la LEC EDL 2000/77463, por infracción de las normas aplicables para resolver cuestiones objeto del proceso, por interpretación indebida de la normativa y jurisprudencia relativa a la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219, en cuanto a la aplicación de unas condiciones generales no firmadas ni conocidas por mi mandante, siendo la sentencia recurrible de acuerdo al artículo 477.2.º, siendo la cuantía del asunto la de 206 889,04 euros, a la que asciende la cantidad reclamada en el procedimiento».

El motivo se funda, en síntesis, en lo siguiente:

La sentencia recurrida considera de aplicación unas condiciones generales que no fueron conocidas ni firmadas por el recurrente. El artículo 3 LCS EDL 1980/4219 exige además para su eficacia que las limitativas de derechos se destaquen de modo especial, y que se acepten por escrito. Dentro de las limitativas están las que sirven a la aseguradora para eximirse del pago, pues constituyen una limitación, o más bien, una exclusión, de los derechos del asegurado.

Cita las SSTs de 9 de noviembre de 1990, 22 de febrero de 1989, 28 de febrero de 1990, 4 de noviembre de 1991.

La jurisprudencia no concede valor normativo a las condiciones generales más que cuando se incluyen en la proposición de seguro, en el contrato correspondiente o en el documento complementario.

Cita las SSTs de 26 de diciembre de 1986, 16 de febrero de 1987, 23 de diciembre de 1988.

La voluntad de contratar no puede extenderse a las condiciones generales, limitativas de derechos, no firmadas por el tomador.

Cita la STS de 29 de enero de 1996.

Tales condiciones, al no generarse por el previo acuerdo, deben ser controladas por los tribunales.

Cita la STS de 25 de noviembre de 1991.

Lo que determina su valor normativo es su conocimiento y aceptación expresa por el tomador, de modo que la no aceptación ocasiona su no integración en el contrato.

Cita las SSTs de 23 de diciembre de 1988 y 8 de mayo de 1990.

Cita y extracta la STS de 17 de octubre de 2007, RC núm. 3937/2000.

La aplicación de esta jurisprudencia conlleva la exclusión de las condiciones generales aportadas en el escrito de contestación por Aegón, pues no fueron conocidas ni firmadas por el recurrente.

En las condiciones particulares se especifica «Invalidez permanente absoluta y parcial: 128 635,82 euros». En la hoja 2 de las condiciones particulares, en la opción de pagos, se señala: «Opción de pago siniestros muerte e invalidez. Cuando ocurra un siniestro que afecte a las garantías de...Invalidez permanente absoluta (no parcial) el tomador podrá optar en el momento del cobro de cualquiera de las indemnizaciones citadas, a una de las siguientes opciones...».

En virtud de esta redacción, es sorprendente que no se indemnicen igual la invalidez absoluta y la parcial, sin que la opción de la forma de pago permita interpretar o deducir un importe menor para una y otra clase de invalidez.

En cuanto a las primas abonadas, se recoge una única para ambas (absoluta y parcial, 210,35 euros), sin distinción alguna.

Ni siquiera en las condiciones generales (cuya validez se niega) aparece una distinción entre invalidez absoluta y parcial que justifique una indemnización menor de la segunda. El apartado 4 hace una enumeración de las garantías que ofrece Aegón, y en el bloque básico se recoge la invalidez permanente absoluta o la parcial, sin que ello quiera decir que solo se asegura una u otra.

Más adelante se recoge un Baremo Básico que pretende establecer los porcentajes de indemnización. En las normas de aplicación del Baremo, punto VI, se señala: «el grado de invalidez, a los efectos de la indemnización definitiva, se establecerá por el asegurador cuando el estado físico del asegurado sea reconocido médicamente como definitivo y éste presente el correspondiente certificado médico de incapacidad». El recurrente dispone de Resolución de 19 de junio de 2003, de la Dirección Provincial del INSS en Lugo, acompañado de informe del Equipo de Valoración de Incapacidades de la misma fecha, que declara al recurrente «incapacitado permanente en grado total», con las siguientes limitaciones orgánicas y funcionales: «lesiones que impiden marchas prolongadas, deambular por planos inclinados o terrenos irregulares, permanecer de pie durante largos periodos de tiempo y actividades que requieran el buen funcionamiento de miembros inferiores en conjunto o del izquierdo en especial».

Cualquiera que sea la interpretación no puede traducirse en que la incapacidad permanente total equivalga a una disminución del 24% de la capacidad, como defendió la aseguradora.

En definitiva, las condiciones generales no fueron conocidas ni aceptadas, y no resultan de aplicación. En todo caso, su contenido y la interpretación que de ellas hace la aseguradora es sorprendente, desde el momento que no se diferencia entre ambas a efectos de indemnización y se paga una prima única. Y, si bien el Baremo contenido en las generales recoge porcentajes con relación a la indemnización máxima, en las normas de interpretación de ese Baremo se hace referencia a Grado de Invalidez, lo que no es congruente y sí contradictorio, y por lo general, se contienen normas no destacadas en negrita que pueden dar lugar a que no se pague indemnización alguna o que la misma sea muy variable e incalculable en el momento de contratar el seguro. Deben prevalecer por tanto las condiciones particulares, por ser desconocidas las generales y contener cláusulas sorprendidas y contradictorias, de difícil interpretación, no destacadas en negrita. En consecuencia, debe indemnizarse la incapacidad permanente del recurrente con la suma de 120 202,42 euros o, subsidiariamente (de entenderse tres tramos), con la suma de 80 000 euros, en atención a su juventud y a que se le reconoció una incapacidad permanente total administrativamente.

El tercer motivo se introduce con la fórmula:

«III. Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.1 de la LEC EDL 2000/77463, por infracción de las normas aplicables para resolver cuestiones objeto del proceso, por interpretación indebida de la normativa relativa a la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219, en cuanto al cálculo de los intereses de aplicación con respecto a la aseguradora, siendo la sentencia recurrible de acuerdo al artículo 477.2.2º, siendo la cuantía del asunto la de 206 889,04 euros, a que asciende la cantidad reclamada en el procedimiento».

El motivo se funda, en síntesis, en lo siguiente:

Según el artículo 20 LCS EDL 1980/4219, el devengo de intereses comienza en la fecha del siniestro. No procede fijarlo en la fecha de sanidad. El apartado 6º del artículo 20 LCS EDL 1980/4219, permite establecer una fecha inicial de devengo distinta a la del siniestro, solamente si el asegurador acredita que el asegurado no ha comunicado el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza, en cuyo caso será fecha de inicio el de la comunicación, lo que no es el caso. Procede revocar la sentencia e imponer los intereses desde el siniestro.

El cuarto motivo se introduce con la fórmula:

«IV. Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.1 de la LEC EDL 2000/77463 , por infracción de las normas aplicables para resolver cuestiones objeto del proceso, por interpretación indebida de la normativa y jurisprudencia relativa a la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 , en cuanto al cálculo de la puntuación por secuelas y perjuicios estéticos, siendo la sentencia recurrible de acuerdo al artículo 477.2.2º, siendo la cuantía del asunto la de 206 889,04 euros, a que asciende la cantidad reclamada en el procedimiento».

El motivo se funda en síntesis en lo siguiente:

En el momento de producirse el accidente (3 de noviembre de 2001) estaba en vigor la Ley 30/1995 EDL 1995/16212 , ya que la ley que la reformó, 34/2003, entró en vigor con posterioridad. En consecuencia, no cabe el cálculo por separado de las puntuaciones por secuelas funcionales y estéticas sino, de conformidad con la ley vigente, la suma aritmética, aplicando luego a la puntuación así obtenida el valor correspondiente. Así, resultarían 47 puntos, que teniendo en cuenta la edad del recurrente en el momento del accidente (40 años), daría 1620,28 euros por punto, haciendo un total de 76153,16 euros. Más el 10% de factor corrector, 83 768,47 euros por las secuelas en lugar de los 58 379,45 euros reconocidos.

El quinto motivo no ha sido admitido.

Termina la parte solicitando de la Sala «(...) dicte sentencia casando la recurrida y resolviendo sobre el caso, estimando las peticiones de este recurso en los siguientes términos: a) que la culpa en el accidente se ha de atribuir en exclusiva al conductor del tractor asegurado en Allianz de Seguros o, subsidiariamente, que a mi mandante le corresponde únicamente un 10% de la culpa; b) que no son de aplicación las condiciones generales de la póliza suscrita con Aegon Seguros, por lo que se ha de indemnizar a mi mandante en la cantidad de 120202,42 euros por la incapacidad permanente absoluta y parcial; c) que los intereses con cargo a Allianz Seguros se devengarán desde la fecha de producción del siniestro; y d) que para el cálculo del valor punto se suman las puntuaciones por secuelas fisiológicas y perjuicio estético, resultando una indemnización por esos conceptos de 83 768,47 euros, todo ello con imposición de las costas de las dos instancias para la parte adversa, así como las del presente recurso en caso de que formule oposición al mismo».

SEXTO.- Mediante auto de 6 de octubre de 2009 se acordó admitir en parte el recurso de casación, por razón de la cuantía, en cuanto a las infracciones denunciadas en los motivos segundo, tercero y cuarto, y no admitirlo en cuanto a las infracciones denunciadas en los motivos primero y quinto.

SÉPTIMO.- En el escrito de oposición formulado por la representación procesal de la entidad Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., se formulan, en resumen, y con relación a las infracciones que han superado la fase de admisión, las siguientes alegaciones:

A pesar de que el accidente ocurrió el 3 de noviembre de 2001, el Juzgado decidió fijar la indemnización de conformidad con las cuantías actualizadas por Resolución de 24 de enero de 2006 de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, por ser las vigentes en el momento de dictarse sentencia. Esta decisión fue confirmada en apelación.

El recurrente está conforme con esa decisión, pero sin embargo entiende que la puntuación del perjuicio estético debe hacerse conforme al régimen anterior al establecido en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre EDL 2004/152063 . Si a la hora de fijar la indemnización está conforme con la aplicación de la Resolución del 2006, no se entiende que no esté conforme con la aplicación de una norma del 2004, anterior a dicha Resolución. Como señala la Audiencia, lo que no es posible es pretender la aplicación de dos baremos en atención a lo que favorezca en cada caso.

En atención a lo expuesto, el recurso, en cuanto afecta a Allianz, debe ser desestimado.

Termina la parte solicitando de la Sala «(...) dicte sentencia desestimando dicho recurso en cuanto al motivo IV».

OCTAVO.- En el escrito de oposición formulado por la representación procesal de la entidad Reale Seguros Generales, S.A., se formulan, en resumen, y con relación a las infracciones que han superado la fase de admisión, las siguientes alegaciones:

-En cuanto a las condiciones generales del contrato.

El recurrente cuestiona la aplicación del condicionado general por dos razones:

1º. Porque no se le habría entregado y por ende, no habría podido conocer su existencia.

2º. Por contener cláusulas limitativas de sus derechos.

3º. Por cuanto dichas cláusulas tendrían un carácter sorpresivo, no previsible, en un contrato de seguro de accidentes.

En su planteamiento la parte recurrente incurre en una serie de errores, y aduce unas vulneraciones, de normativa y jurisprudencia, que no se han producido.

Cita las SSTs de 22 de julio de 2008 (RC 780/2002), 23 de abril de 2009 (RC 2031/2006), 8 de noviembre de 2007 (RC 5507/2000), 7 de febrero de 2007 (RC 1435/2000), 11 de febrero de 2009 (RC 1323/2004).

No cabe cuestionar la entrega del condicionado general, ya que en el particular consta que declaró conocerlo y recibirlo.

Tampoco cabe que se califiquen de limitativas de sus derechos las cláusulas del condicionado general pues se trata de cláusulas delimitadoras del riesgo, integradoras del propio contrato, necesarias para comprender el contenido y alcance del seguro. En consecuencia, no deben cumplir las exigencias formales del artículo 3 LCS EDL 1980/4219 , dado que no son limitativas ni vienen a restringir o cercenar derechos del asegurado, sino únicamente a concretar derechos concedidos en el contrato o póliza, de la que forma parte tanto el condicionado particular como el general.

Tampoco pueden calificarse dichas cláusulas de sorpresivas, pues no lo son las que se limitan a concretar los porcentajes de invalidez o incapacidad, a desarrollar las limitaciones orgánicas y funcionales y a aplicarlas un porcentaje sobre el total del capital asegurado para el riesgo de invalidez permanente absoluta.

Cita las SSTs de 22 de julio de 2008 (RC 780/2002), 23 de abril de 2009 (RC 2031/2006), 8 de noviembre de 2007 (RC 5507/2000), 7 de febrero de 2007 (RC 1435/2000), 11 de febrero de 2009 (RC 1323/2004) y 1 de marzo de 2007. Cita y extracta la STS de 11 de septiembre de 2006 (de Pleno).

La decisión de la AP fue correcta pues la póliza se limita, en las condiciones particulares, a establecer el capital máximo garantizado para los riesgos, siendo las condiciones generales las que, como es lógico y habitual, además de obligado y general, a concretar la cobertura contratada, desarrollando las limitaciones orgánicas y funcionales que hacen al asegurado beneficiario de los distintos porcentajes en relación al capital máximo garantizado por los indicados riesgos. Estas cláusulas, como las particulares, son delimitadoras del riesgo y no limitativas de derechos. El indicado baremo, delimitador del objeto del contrato, es aplicable y eficaz sin necesidad de que deba someterse a las exigencias formales del artículo 3 LCS. EDL 1980/4219 Aunque en las condiciones particulares se fija un capital máximo de 120202,42 euros para la invalidez permanente absoluta, el baremo distingue en función de la mayor o menor entidad del menoscabo sufrido, y de la mayor o menor importancia del órgano afectado, pues no tendría sentido que se concediese al asegurado la misma indemnización con independencia de su limitación funcional y orgánica. Es decir, una cosa es la suma máxima asegurada para la invalidez absoluta y otra la concreta cantidad que ha de corresponderle en función del menoscabo sufrido cuando este no determine su invalidez absoluta sino parcial. Además, esa distinción aparece en el propio contrato, pues únicamente para el caso de invalidez permanente absoluta y para el caso de muerte se contempla en el contrato la opción de pago.

-En cuanto al cálculo de los intereses de demora.

La decisión de la AP de no imponerlos desde el accidente fue correcta pues el riesgo garantizado en la póliza es la incapacidad permanente absoluta o profesional, riesgo que no se hace efectivo hasta la curación completa del lesionado, tras un proceso que se estabiliza y que permite conocer el alcance de las secuelas y limitaciones funcionales. Por ello, no puede reprocharse a la aseguradora un retraso inexistente, pues hasta que no se concretaron esas limitaciones funcionales, es decir, hasta que no se concretó la invalidez, no surgió el riesgo objeto de cobertura en el seguro de accidentes contratado.

Cita la STS de 8 de noviembre de 2007 (RC 5507/2000) y cita y extracta la STS 7 de febrero de 2007 (1435/2000).

Termina la parte solicitando de la Sala «(...) una sentencia que, desestimando dicho recurso, venga a confirmar en su integridad la sentencia recurrida con expresa imposición de costas de esta alzada a la recurrente en casación».

NOVENO.- Para la deliberación y fallo del recurso se fijó el día 13 de julio de 2011, en que tuvo lugar.

DÉCIMO.- En esta resolución se han utilizado las siguientes siglas:

AP, Audiencia Provincial

CC, Código Civil EDL 1889/1 .

CE, Constitución Española EDL 1978/3879

FD, fundamento de Derecho

INSS, Instituto Nacional de la Seguridad Social.

LEC EDL 2000/77463 , Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil EDL 2000/77463 .

LCS, Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 .

LRCSVM, Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor EDL 2004/152063

RC, Recurso de casación

RD, Real Decreto

RDL, Real Decreto Legislativo

SS, Seguridad Social.

STC, sentencia del Tribunal Constitucional

SSTC, sentencias del Tribunal Constitucional

STS, sentencia del Tribunal Supremo (Sala Primera, si no se indica otra cosa).

SSTS, sentencias del Tribunal Supremo (Sala Primera, si no se indica otra cosa).

TC, Tribunal Constitucional.

Ha sido Ponente el Magistrado Excmo. Sr. D. Juan Antonio Xiol Rios, que expresa el parecer de la Sala.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Resumen de antecedentes.

1. A consecuencia del accidente de tráfico ocurrido el 3 de noviembre de 2001, consistente en una colisión entre la motocicleta conducida por el hoy recurrente, con un tractor, que provocó también daños por alcance en un vehículo estacionado al margen de la vía, se formularon tres demandas, que originaron otros tantos juicios finalmente acumulados. Una de ellas, tramitada como juicio ordinario 184/04, al que se acumularon los dos restantes, fue instada por el conductor de la moto contra la aseguradora (Aegón) con la que tenía suscrita póliza de accidentes en ejercicio de acción directa derivada del seguro y reclamación de indemnización por invalidez absoluta y parcial y profesional; las otras dos, seguidas como juicio ordinario 206/2004 y juicio verbal 400/2004, se formularon respectivamente por el citado conductor de la moto y por el dueño del coche estacionado, en ejercicio de acciones de responsabilidad civil extracontractual

por los correspondientes daños y perjuicios derivados del siniestro; la del conductor de la moto, se dirigió contra dueña, conductor y aseguradora (Allianz) del tractor responsable del siniestro; la demanda del dueño del vehículo estacionado que fue dañado por alcance, contra todos los anteriores y la aseguradora de la moto (Mutualidad de Panaderos de Valencia).

2. En las condiciones particulares de la póliza suscrita con Aegon, se consignan como prestaciones aseguradas la «invalidez permanente absoluta y parcial» con un capital de 128 635,82 euros. También se consigna que el tomador declara conocer y recibir todas las condiciones generales y particulares que forman parte de la póliza y que acepta específicamente las cláusulas limitativas de sus derechos, que aparecen destacadas en negrita en las generales. En las condiciones generales de la póliza se contiene un baremo en el que se establece un porcentaje sobre la indemnización para el supuesto de invalidez permanente parcial, introducido con la siguiente fórmula: «Invalidez permanente parcial: tomando como capital base el indicado para la invalidez permanente absoluta, se indemnizará al asegurado de acuerdo con el siguiente baremo básico».

3. El Juzgado estimó en parte las demandas formulada por el hoy recurrente contra Aegon, y contra el propietario, el conductor y la aseguradora del vehículo tractor causante del accidente, e íntegramente la deducida por el dueño del vehículo estacionado contra todos los anteriores y la aseguradora de la moto. En lo que interesa al recurso, la sentencia declaró a) que la póliza suscrita con Aegon estaba integrada por las condiciones particulares y las generales, las cuales el asegurado declaró conocer; b) que las indemnizaciones solicitadas por invalidez parcial y profesional eran compatibles -dado que así se pactó y se pagaron primas diferentes para cada una de esos riesgos- correspondiendo un porcentaje del 24% de la cantidad prevista para la permanente absoluta, en atención al porcentaje fijado en las condiciones generales; c) que las lesiones y secuelas, incluyendo las estéticas, debían determinarse y valorarse con arreglo al régimen y cuantías actualizadas al tiempo de la sentencia (año 2006).

4. Recurrieron en apelación el demandante, Aegón, y la dueña, el conductor y la aseguradora del tractor. La AP acordó estimar parcialmente los citados recursos. Con relación a las cuestiones que conforman el objeto de la controversia en casación, la AP afirmó, en síntesis, lo siguiente:

a) En cuanto al recurso de Aegón, limitado a los intereses de demora, la AP, a pesar de declarar insuficientes las consignaciones y de no apreciar causa justificada para su no imposición, acoge el argumento de la aseguradora de imponerlos desde la sanidad de la víctima -por ser cuando se concretó el alcance de las secuelas- y no desde el siniestro.

b) En cuanto al recurso de la víctima:

b1. La AP rechazó la impugnación sobre la cobertura de la invalidez parcial, al considerar que no era igual que la prevista para la absoluta, por más que en la póliza apareciera la conjunción copulativa "y", dado que las condiciones particulares excluían la incapacidad permanente parcial de la opción de pagos según baremo porcentual, de manera que la cobertura de dicha invalidez debía concretarse en función del verdadero daño sufrido, lo que a su vez precisaba la integración de las condiciones generales con las particulares. Por el contrario sí acogió el recurso en cuanto a la cobertura de invalidez profesional, al considerar que no procedía su baremación.

b.2 la AP estimó la impugnación sobre el porcentaje de culpa de la víctima, que revisó y fijó en un 30%.

b.3 en relación con las secuelas, la AP rechazó la solución propuesta por la víctima, que se opuso a la valoración separada de las estéticas y de las fisiológicas y pidió aplicar el baremo del accidente, que las sumaba. Entendió la AP que el Juzgado decidió aplicar el baremo vigente en el momento de dictarse sentencia (año 2006), decisión que no fue impugnada, lo que obliga a estar a un único baremo para todos los daños en vez de aplicar el baremo más beneficioso para cada concepto reclamado.

b.4 en relación con el importe por incapacidad permanente total, lo elevó hasta 50 000 euros.

5. Recurre en casación la parte actora-apelante articulando su recurso por medio de cinco motivos, al amparo del art. 477.2.º LEC. EDL 2000/77463 El recurso ha sido admitido por razón de la cuantía, pero únicamente en cuanto a las infracciones denunciadas en los motivos segundo, tercero y cuarto.

SEGUNDO.- Enunciación del motivo segundo de casación.

El motivo se introduce con la fórmula:

«II. Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.1 de la LEC EDL 2000/77463, por infracción de las normas aplicables para resolver cuestiones objeto del proceso, por interpretación indebida de la normativa y jurisprudencia relativa a la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219, en cuanto a la aplicación de unas condiciones generales no firmadas ni conocidas por mi mandante, siendo la sentencia recurrible de acuerdo al artículo 477.2.º, siendo la cuantía del asunto la de 206 889,04 euros, a la que asciende la cantidad reclamada en el procedimiento».

Según la parte recurrente, la AP limitó de manera incorrecta la indemnización que le correspondía por la invalidez permanente parcial acudiendo a unas condiciones generales cuya existencia desconocía el asegurado, y por tanto, ajenas al contrato, las cuales además contenían cláusulas limitativas de sus derechos, que no pueden serle opuestas al no haber sido específicamente aceptadas por escrito como ordena el artículo 3 LCS. EDL 1980/4219 En todo caso, desde el momento que la póliza cubría los riesgos de invalidez permanente absoluta y parcial, y que en las condiciones generales no se diferencia entre ambos grados de incapacidad a efectos de indemnización y se paga una prima única, considera que, en una correcta interpretación del contrato, las condiciones particulares deben prevalecer frente a las generales, integradas por cláusulas sorpresivas y contradictorias, de difícil interpretación, no destacadas en negrita. Como consecuencia, solicita que se indemnice la incapacidad permanente del recurrente con la suma de 120 202,42 euros o, subsidiariamente (de entenderse tres tramos), con la suma de 80 000 euros, en atención a su juventud y a que se le reconoció una incapacidad permanente total administrativamente.

El motivo debe ser desestimado.

TERCERO.- Cláusulas limitativas de derechos y delimitadoras del riesgo. Delimitación del riesgo de invalidez parcial en las condiciones generales.

A) Es doctrina constante de esta Sala que la interpretación de los contratos constituye función de los tribunales de instancia, por lo que la realizada por estos ha de prevalecer y no puede ser revisada en casación en la medida en que se ajuste a los hechos considerados probados por aquella en el ejercicio de su función exclusiva de valoración de la prueba, salvo cuando se demuestre su carácter manifiestamente ilógico, irracional o arbitrario, o contrario a normas legales sobre interpretación de los contratos, las cuales, sin embargo, no pueden considerarse infringidas cuando únicamente trata de justificarse el desacierto de la apreciación -inherente a la labor de interpretación- realizada por el tribunal de instancia, pero no se combate una interpretación que contradiga abiertamente lo dispuesto en dichas normas o que sea contraria al derecho a la tutela judicial efectiva por prescindir de las reglas de la lógica racional en la selección de las premisas, en la elaboración de las inferencias o en la obtención de las conclusiones.

Esta doctrina es aplicable al contrato de seguro (SSTS de 9 de octubre de 2006, RC núm. 5177/1999 EDJ 2006/275347 y 17 de octubre de 2007, RC núm. 3398/2000 EDJ 2007/222926 , entre otras).

La aplicación del canon hermenéutico contra proferentem (contra el proponente), que recoge el artículo 1288 CC EDL 1889/1 como sanción por falta de claridad para proteger al contratante más débil (SSTS 21 de abril de 1998, 10 de enero de 2006 (RC núm. 1838/1999) EDJ 2006/1860 y 5 de marzo de 2007 (RC núm. 1066/2000) EDJ 2007/13411), está relacionado con la especial protección que confieren a los consumidores preceptos como el artículo 10.2 LCU, en que expresamente se ordena que «en caso de duda sobre el sentido de una cláusula prevalecerá la interpretación más favorable para el consumidor». Pero se trata de una regla de interpretación que solo entra en juego cuando exista una cláusula oscura o sea oscuro todo el contrato, pues, ante esa falta de claridad y de transparencia, con la consiguiente imposibilidad de conocer la voluntad común, se ha de proteger al contratante que no causó la confusión.

La STS, del Pleno, de 11 de septiembre de 2006 (RC núm. 3260/1999) EDJ 2006/299573 , sienta una doctrina, recogida posteriormente en otras muchas sentencias (SSTS de 26 de diciembre de 2006 EDJ 2006/345579 , 18 de octubre de 2007 EDJ 2007/184367 , 13 de noviembre de 2008 EDJ 2008/217174 , 12 de noviembre de 2009 (RC núm. 1212/2005) EDJ 2009/271309 , 1 de octubre de 2010 (RC núm. 2273/2006) EDJ 2010/218712 , 16 de febrero de 2011 (RC núm. 1299/2006) EDJ 2011/10613 y 20 de abril de 2011 (RC núm. 1226/2007) EDJ 2011/99503) que, en resumen, considera que las estipulaciones delimitadoras del riesgo son las cláusulas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que se concreten qué riesgos son objeto del contrato de seguro, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial. Por su parte, las cláusulas limitativas de derechos, válidamente constituidas van a permitir limitar, condicionar o modificar el derecho del asegurado, y por tanto la indemnización, cuando el riesgo objeto del seguro se hubiera producido. Estas deben cumplir los requisitos formales previstos en el artículo 3 LCS EDL 1980/4219 , lo que supone que deben ser destacadas de un modo especial y deben ser expresamente aceptadas por escrito. La solución expuesta por esta Sala parte de considerar que al contrato se llega desde el conocimiento que el asegurado tiene del riesgo cubierto y de la prima, según la delimitación causal del riesgo y la suma asegurada con el que se da satisfacción al interés objetivo perseguido en el contrato por lo que resulta esencial para entender la distinción anterior comprobar si el asegurado tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto.

Además esta Sala ha declarado (STS de 15 de julio de 2009, (RC núm. 2653/2004 EDJ 2004/225058) y 20 de abril de 2011 (RC núm. 1226/2007) EDJ 2011/99503) que «Determinado negativamente el concepto de cláusula limitativa, su determinación positiva, con arreglo a los distintos ejemplos que suministra la jurisprudencia, debe hacerse por referencia al contenido natural del contrato derivado, entre otros elementos, de las cláusulas identificadas por su carácter definidor, de las cláusulas particulares del contrato y del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora. De estos criterios se sigue que el carácter limitativo de una cláusula puede resultar, asimismo, de que se establezca una reglamentación del contrato que se oponga, con carácter negativo para el asegurado, a la que puede considerarse usual o derivada de las cláusulas introductorias o particulares. El principio de transparencia, que constituye el fundamento del régimen especial de las cláusulas limitativas, opera, en efecto, con especial intensidad respecto de las cláusulas que afectan a la reglamentación del contrato».

En línea con esta doctrina, varias sentencias descartan que la delimitación del objeto del seguro sea función exclusiva de las condiciones particulares, pues también cabe que las generales contengan cláusulas delimitadoras del riesgo, que, consecuentemente, serán válidas y oponibles frente al tomador aun cuando no se hayan respetado las formalidades del artículo 3 LCS. EDL 1980/4219 Así, la STS de 8 de noviembre de 2007, (RC núm. 5507/2000) EDJ 2007/206014 , tras calificar como delimitadora del riesgo una condición adicional en virtud de la cual era posible extender la cobertura del seguro a la situación de invalidez parcial, no contemplada en las condiciones particulares, extiende esa calificación (como delimitadoras del riesgo) a las generales que, por vía de la remisión efectuada en las adicionales, procedían a completar el objeto del seguro en algo (Invalidez Permanente Parcial) en que las particulares guardaron silencio, siendo con relación a esta garantía adicional como se explicaba la baremación de las cuantías indemnizatorias efectuada en las referidas condiciones generales. Y siguiendo esa misma orientación, de no excluir de aplicación las cláusulas contenidas en las condiciones generales, cuando sirven para integrar el objeto del seguro de modo o forma no sorpresiva respecto de la cobertura que podía esperar el tomador, la STS de 11 de febrero de 2009 (RC núm. 1323/2004) EDJ 2009/16810 señala que la circunstancia de que en las particulares se consignara como cubierta la invalidez permanente total, no podía entenderse en el sentido de que no resultara posible limitar las cantidades que deben ser satisfechas mediante una baremación contenida en las condiciones generales, pues el término «incluido» no equivalía ni cabía entenderse como una cobertura ilimitada.

B) La aplicación de esta doctrina conduce a confirmar el pronunciamiento impugnado, por el que la AP ratificó la solución del Juzgado en relación a la cuantificación económica de la invalidez permanente parcial, declarando conforme al contrato, y a las condiciones generales integradas en el mismo, la decisión de la aseguradora de fijar la indemnización correspondiente a dicha garantía en función de un porcentaje sobre la suma total prevista para la absoluta.

Esta conclusión se sustenta en el hecho de que, si bien es cierto que en las condiciones particulares ambos grados de invalidez, absoluta y parcial, cuentan con la misma suma asegurada (la invalidez profesional sí se contrató como garantía independiente de las otras dos modalidades, en cuanto garantía compatible con la invalidez parcial, y con una prima y una suma asegurada diferentes), no es contrario a la lógica interpretar esa cláusula contractual en el sentido de que la indemnización a satisfacer para la invalidez de menor grado (la parcial) no podía ser igual que la prevista para la más grave (la absoluta), de forma que, rigiendo el 100% del capital base para la absoluta, una disminución o menoscabo de la capacidad que no llegara a ese grado debía ser resarcido con una indemnización adaptada al verdadero menoscabo orgánico o funcional sufrido, y con arreglo a los porcentajes recogidos en el baremo. Siendo las generales del presente contrato de seguro unas cláusulas que contribuían a delimitar el riesgo, sin limitar los derechos del asegurado de manera sorpresiva respecto de la cobertura normal y usual en este tipo de contratos, su vigencia y eficacia no dependía de que se ajustaran a la forma prevista en el artículo 3 LCS EDL 1980/4219 , resultando suficiente la declaración genérica consignada en las particulares de que tuvo conocimiento de aquellas.

CUARTO.- Enunciación del motivo tercero de casación

El tercer motivo se introduce con la fórmula:

«III. Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.1 de la LEC EDL 2000/77463 , por infracción de las normas aplicables para resolver cuestiones objeto del proceso, por interpretación indebida de la normativa relativa a la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219 , en cuanto al cálculo de los intereses de aplicación con respecto a la aseguradora, siendo la sentencia recurrible de acuerdo al artículo 477.2.2º, siendo la cuantía del asunto la de 206 889,04 euros, a que asciende la cantidad reclamada en el procedimiento».

El síntesis, se defiende que los intereses de demora impuestos a la aseguradora deben devengarse a partir del siniestro, y no a partir de la sanidad, con fundamento en que solo cabe retrasar el devengo a un momento posterior en el supuesto de comunicación tardía del siniestro al que se alude en el artículo 20.6º LCS EDL 1980/4219 , lo que no fue el caso.

El motivo debe ser desestimado.

QUINTO.- Intereses de demora del artículo 20 LCS EDL 1980/4219 en seguro de accidentes.

Según el artículo 100 LCS EDL 1980/4219 , «sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte».

La jurisprudencia (SSTS de 14 de junio de 1999 (RC núm. 3545/1994) EDJ 1999/13878 y 23 de diciembre de 1999 (RC núm. 1365/1995) EDJ 1999/40550) 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 EDL 1980/4219), 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 EDL 1980/4219), 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 EDJ 1984/6959), 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 EDL 1980/4219 , 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 4º 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 EDL 1980/4219 , 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 EDL 1980/4219 , 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), EDJ 2007/206014 que examina si el devengo debía comenzar con el informe de emitido por la compañía tras concluir el procedimiento del artículo 38 LCS EDL 1980/4219 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) EDJ 2007/7306 , 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».

En el caso enjuiciado, aunque todas las acciones instadas por el hoy recurrente, que conformaron el objeto de dos de los tres pleitos acumulados, tienen su fundamento fáctico en el mismo accidente de circulación ocurrido el 3 de noviembre de 2001, no obstante, la adecuada respuesta a la controversia que se suscita en el presente motivo exige distinguir entre la acción directa, de naturaleza extra-contractual, formulada por dicho recurrente, como perjudicado, contra los presuntos responsables civiles del siniestro, incluyendo la aseguradora del vehículo tractor, y la acción fundada en su propio seguro de accidentes, de naturaleza contractual, que ejercitó contra Aegon, 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.

En esta tesitura, la aplicación al caso enjuiciado de la anterior doctrina permite considerar conforme a Derecho la decisión de la AP, de considerar que no fue sino a partir de concretarse en el informe de sanidad las secuelas o lesiones permanentes (21 de mayo de 2003) cuando nació la obligación de la aseguradora de indemnizar y, consecuentemente, cuando se inició el devengo de intereses de no apreciarse causa justificada del retraso (artículo 20.8 LCS EDL 1980/4219), debiéndose valorar además que, aunque en puridad no fuera sino hasta la Resolución del INSS emitida menos de un mes después (19 de junio de 2003) del referido informe cuando se declaró la invalidez permanente total del recurrente, el hecho de que no esté permitida la reforma peyorativa en esta sede justifica que no proceda retrasar hasta la fecha de la indicada resolución el comienzo del devengo del recargo por mora.

SEXTO.- Enunciación del motivo cuarto de casación.

El motivo cuarto se introduce con la fórmula:

«IV. Al amparo de lo dispuesto en el artículo 477.1 de la LEC EDL 2000/77463, por infracción de las normas aplicables para resolver cuestiones objeto del proceso, por interpretación indebida de la normativa y jurisprudencia relativa a la Ley de Contrato de Seguro EDL 1980/4219, en cuanto al cálculo de la puntuación por secuelas y perjuicios estéticos, siendo la sentencia recurrible de acuerdo al artículo 477.2.2º, siendo la cuantía del asunto la de 206 889,04 euros, a que asciende la cantidad reclamada en el procedimiento».

Sostiene el recurrente que, por ser el accidente anterior a la reforma introducida por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados EDL 2003/112553, la operación que hizo la Audiencia, consistente en puntuar y valorar separadamente las secuelas estéticas respecto de las fisiológicas -aun cuando luego se sumen las cantidades así obtenidas-, no estaba permitida en aquel momento, en que lo procedente era sumar ambas puntuaciones.

El motivo debe ser desestimado.

SEPTIMO.- Régimen legal aplicable para fijar los puntos por secuelas. Razones para no aplicarlo al caso enjuiciado.

A) Según jurisprudencia ya consolidada, iniciada por dos SSTS del Pleno de esta Sala de 17 de abril de 2004 (RC núm. 2598/2002 EDJ 2007/39652 y núm. 2908/2001 EDJ 2007/57893), y recogida en otras muchas posteriores (SSTS de 9 de julio de 2008, RC núm. 1927/02 EDJ 2008/173072, 10 de julio de 2008, RC núm. 1634/02 EDJ 2008/203562 y 2541/03 EDJ 2008/118948, 23 de julio de 2008, RC núm. 1793/04 EDJ 2008/128041, 18 de septiembre de 2008, RC núm. 838/04 EDJ 2008/173091, 30 de octubre de 2008, RC núm. 296/04 EDJ 2008/209687; 18 de junio de 2009, RC núm. 2775/2004 EDJ 2009/150895, 29 de septiembre de 2010, RC núm. 1222/2006 EDJ 2010/201436, 29 de septiembre de 2010, RC núm. 1393/2005 EDJ 2010/213588), el momento del accidente es el que determina el régimen legal aplicable, sin perjuicio de que para la cuantificación de la indemnización debe estarse al valor del punto en el momento del alta definitiva. El daño se determina en el momento en que se produce, y este régimen jurídico afecta al número de puntos que debe atribuirse a la lesión y a los criterios valorativos, que serán los del momento del accidente, de forma que cualquier modificación posterior del régimen legal aplicable al daño producido por el accidente resulta indiferente para el perjudicado.

Esta doctrina ha sido expresamente aplicada por esta Sala en relación con los perjuicios estéticos, para descartar que pueda ser tomada en consideración la reforma introducida por la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de Modificación y Adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados EDL 2003/112553, ni para concretar dicho concepto ni a la hora de fijar la puntuación correspondiente al mismo (SSTS de 9 de marzo de 2010, RC núm. 1469/2005 EDJ 2010/37576 y 17 de diciembre de 2010, RC núm. 2307/2006) EDJ 2010/302995. Por tanto, a los accidentes ocurridos con anterioridad resulta de aplicación el texto anterior a la mencionada reforma, el cual no dejaba lugar a dudas en cuanto a la procedencia del mecanismo consistente en computar de modo conjunto los puntos por daño fisiológico y estético a los efectos de su posterior valoración económica.

B) Aunque en estricta aplicación de esta doctrina, cabría amparar la pretensión del recurrente, toda vez que el accidente fue anterior en el tiempo a la entrada en vigor de la norma que se invoca como infringida, existen razones que justifican e impiden revocar la decisión de la AP, toda vez que si descartó aplicar el régimen legal vigente al tiempo del siniestro fue únicamente porque el recurrente se conformó y no impugnó en apelación la decisión del Juzgado de estar, tanto para la determinación como para la valoración de los daños, a la actualización correspondiente al año en que se dictó sentencia en su favor, no siendo admisible aplicar normativas distintas para cada uno de los conceptos reclamados. En consecuencia, si el recurrente se conformó con la decisión de estar a la actualización del año 2006 para todo lo que le era favorable, en congruencia debe considerarse adecuada la forma en que se puntuaron y valoraron las secuelas funcionales y fisiológicas por las que reclamó.

OCTAVO.-Desestimación del recurso y costas.

La desestimación de todos los motivos del recurso determina la de este, con imposición de las costas causadas en el mismo a la parte recurrente de conformidad con lo previsto en el artículo 398.1 LEC EDL 2000/77463 en relación con el artículo 394 LEC. EDL 2000/77463

Por lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLO

1. Declaramos no haber lugar al recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Fabio, contra la sentencia de 4 de marzo de 2008, dictada en grado de apelación por la Sección 1ª de la Audiencia Provincial de Lugo, en el rollo núm. 590/2007 EDJ 2008/51195 , dimanante del juicio ordinario núm. 184/204, del Juzgado de Primera Instancia Único de Chantada, cuyo fallo dice:

«Fallamos:

»Se estima parcialmente ambos recursos y se revoca parcialmente la sentencia en los siguientes extremos:

»a) No se aplicará el Baremo porcentual para la garantía de invalidez profesional.

»b) El porcentaje de culpa de la víctima se fija en el 30%.

»c) La cantidad que se reconoce por incapacidad permanente total es de 50.000 euros.

»d) La Cía. de Seguros Aegon pagará los intereses del art. 20 de la LCS EDL 1980/4219 desde la fecha de sanidad, no desde la fecha del accidente.

2. No ha lugar a casar la citada sentencia por ninguno de los motivos de casación interpuestos.

3. Ha lugar a imponer las costas del recurso a la parte recurrente.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos Juan Antonio Xiol Rios, Xavier O'Callaghan Muñoz, Francisco Marin Castan, José Antonio Seijas Quintana. Rubricado. Publicación. Leída y publicada fue la anterior sentencia por el EXCMO. SR. D. Juan Antonio Xiol Rios, Ponente que ha sido en el trámite de los presentes autos, estando celebrando Audiencia Pública la Sala Primera del Tribunal Supremo, en el día de hoy; de lo que como Secretario de la misma, certifico.

Fuente de suministro: Centro de Documentación Judicial. IdCendoj: 28079110012011100536