

Tribunal Supremo, Sala Primera, de lo Civil, Sentencia de 18 May. 2009, rec. 40/2004

Ponente: Ferrándiz Gabriel, José Ramón.

Nº de Sentencia: 316/2009

Nº de Recurso: 40/2004

Jurisdicción: CIVIL

El Juzgado de Primera Instancia estimó la demanda del asegurado y condenó a la aseguradora al pago de la cantidad reclamada en concepto de honorarios de letrado y derechos de procurador. La AP Badajoz estimó parcialmente la apelación de la aseguradora en el sentido de no efectuar condena en costas de la primera instancia. El Tribunal Supremo declaró haber lugar en parte al recurso de casación de la aseguradora y estimó parcialmente la demanda reduciendo la cuantía de la condena hasta el límite de la suma asegurada.

SEGURO DE ACCIDENTES. Cumplimiento de la obligación de indemnizar la producción del riesgo previsto en un contrato de seguro de accidentes, perfeccionado entre el demandante, como tomador y asegurado, y la demandada, como aseguradora. Lesiones corporales sufridas como consecuencia de accidente de tráfico. Determinación de las coberturas cubiertas por la póliza de seguros firmada entre asegurado y aseguradora. Estamos ante dos condiciones generales limitativas de los derechos del asegurado, sometidas al régimen del art. 3 LCS, de esta manera las exigencias de claridad y formulación destacada impuestas por el citado artículo no se cumplen en el caso de autos, que lleva a estimar el recurso, lo que no significa que la estimación se produzca en la medida pretendida ya que en la sentencia recurrida, tras valorar la prueba, se declaró que el siniestro había sido causado también por la deficiente salud del asegurado y cifró esa influencia en un cincuenta por ciento.

El Juzgado de Primera Instancia estimó la demanda del asegurado y condenó a la aseguradora al pago de la cantidad reclamada en concepto de indemnización por las

lesiones sufridas en accidente de tráfico. La AP Alava estimó parcialmente la apelación de la aseguradora en el sentido de reducir la indemnización solicitada por el asegurado. El Tribunal Supremo declara no haber lugar al recurso de casación de la aseguradora demandada y si al del asegurado demandante.

Texto

En la Villa de Madrid, a dieciocho de Mayo de dos mil nueve

SENTENCIA

Visto por la Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los Excmos. Sres. Magistrados indicados al margen, el recurso de casación interpuesto por Visto por la Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los Excmos. Sres. Magistrados indicados al margen, el recurso de casación interpuesto por LE MANS SEGUROS ESPAÑA, SA, representada por el Procurador de los Tribunales don Juan Usatorre Iglesias y DON Urbano , representado por la Procurador doña Ana Rosa Frade Fuentes, contra la Sentencia dictada, el día veintidós de octubre de dos mil tres, por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Alava, que resolvió el recurso de apelación interpuesto, en su día, contra la Sentencia que había pronunciado el Juzgado de Primera Instancia número Cinco de los de Vitoria. Son parte recurrida LE MANS SEGUROS ESPAÑA, SA, representada por el Procurador de los Tribunales don Ignacio Argos Linares y DON Urbano , representado por el Procurador de los Tribunales don José Manuel de Dorremocha Aramburu.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. Por medio de escrito presentado en el Juzgado Decano de los de Vitoria, la Procuradora de los Tribunales doña Ana Rosa Frade Fuentes, en representación de don Urbano , interpuso demanda de procedimiento ordinario contra Lemans Seguros España, SA, Compañía de Seguros y Reaseguros, sobre cumplimiento de la obligación de indemnizar la producción del riesgo previsto en un contrato de seguro de accidentes, perfeccionado entre el demandante, como tomador y asegurado, y la demandada, como aseguradora.

Alegó la representación del demandante, en síntesis, que el día once de mayo de dos mil don Urbano , camionero, cuando conducía el camión Mercedes SI.....N en las proximidades de Cenicero, sufrió un accidente de carretera; que, como consecuencia de ese accidente, sufrió lesiones por las que estuvo de baja laboral hasta el doce de julio de dos mil uno, en que fue dado de alta por el Servicio Médico de Salud; que el diez de septiembre de dos mil uno la Comisión de Evaluación de Incapacidades de la Dirección Provincial de Álava de la Seguridad Social calificó al

demandante como incapaz total y permanente; que, efectivamente, no puede realizar ninguna actividad desde la fecha del accidente.

Añadió que el demandante había suscrito una póliza de seguro de accidentes con la demandada, la cual cubría, entre otros riesgos, los de invalidez permanente y de incapacidad temporal diaria a partir del primer día, con derecho, en los respectivos casos, a recibir las sumas de veinticinco millones de pesetas y de siete mil quinientas pesetas por día; que estaba justificada su reclamación del pago de tres millones doscientas setenta y siete mil quinientas pesetas por el total de los cuatrocientos treinta y siete días de incapacidad temporal y de veinticinco millones de pesetas, por la incapacidad permanente, si bien de esa suma habría que restar el millón ciento veinte mil pesetas que había ya recibido de la demandada.

Afirmó que la relación de seguro debía entenderse regulada por las condiciones particulares que firmó y no por las cláusulas limitativas de sus derechos, contenidas en unas condiciones generales que no había firmado ni conocido, por lo que invocó la aplicación del artículo 3 de la Ley 50/1.980 , de la Ley de contrato de seguro.

En el suplico de la demanda la antes mencionada representación solicitó que: *"La aseguradora Le Mans, SA, deberá ser condenada a pagar a don Urbano la cantidad de veintisiete millones ciento cincuenta y siete mil quinientas (27.157.500.-) pesetas, que se corresponden con ciento sesenta y tres mil doscientos diecinueve euros con ochenta y seis céntimos (163.219,86.-), así como al abono de los intereses regulados en el artículo 20 de la LCS y las costas"*.

SEGUNDO. La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia número Cinco de Vitoria, que la admitió a trámite por auto de veintiuno de junio de dos mil dos , conforme a las normas del proceso ordinario.

La demandada, previamente emplazada, se personó en las actuaciones representada por el Procurador de los Tribunales don Juan Usatorre Iglesias y contestó la demanda por escrito en el que se opuso a la estimación de la misma.

En el suplico interesó: *" Que teniendo por presentado este escrito, se sirva admitirlo junto con sus copias y en su virtud, se tenga por contestada la demanda adversa y siguiendo el procedimiento por todos sus trámites, incluido el recibimiento del juicio a prueba, se dicte en su momento Sentencia por la que se desestime la demanda interpuesta por la contraparte, con condena en costas"*.

TERCERO. El Juzgado de Primera Instancia señaló como día para la celebración de la audiencia previa el tres de octubre de dos mil dos , en el que admitió las pruebas propuestas, las cuales se practicaron en el acto del juicio, celebrado el dieciséis de enero de dos mil tres.

Practicadas las pruebas y formuladas las conclusiones, los autos quedaron conclusos para sentencia, la cual se dictó el día siete de febrero de dos mil tres, con la siguiente parte dispositiva: *"Que debo estimar íntegramente la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales doña Ana Rosa Frade Fuentes en nombre y representación de don Urbano contra Seguros Le Mans, SA y debo condenar a esta última al pago de la cantidad de 169.977 -, al pago de los intereses del artículo 20 de la LCS así como al pago de las costas procesales"*.

CUARTO. La sentencia del Juzgado de Primera Instancia fue recurrida en apelación por la aseguradora demandada. Su recurso fue admitido y las actuaciones elevadas a la Audiencia Provincial de Vitoria, en la que se turnaron a la Sección Uno, que formó el rollo de apelación y lo tramitó, denegando por auto de catorce de mayo de dos mil la práctica de prueba solicitada por la apelante.

Para la deliberación se señaló el día diez de julio de dos mil tres y la sentencia fue dictada el veintidós de octubre del mismo año, con la siguiente parte dispositiva: *"Estimar parcialmente el recurso de apelación interpuesto por la Compañía de Seguros Le Mans representada por el Procurador Sr. Usatorre, frente a la sentencia dictada con fecha 7 de febrero de 2003 por el Juzgado de Primera Instancia número 5 de esta Ciudad, en el juicio ordinario seguido ante el mismo con el número 472/02, de que este rollo dimanara, y revocar parcialmente la misma en el sentido de estimar parcialmente la demanda interpuesta por don Urbano representado por la Procuradora Sra. Frade, y condenar a aquélla a abonar a éste la cantidad de 30.501, 36 euros mas el interés previsto en el artículo 20 de la L.C.S., sin verificar especial pronunciamiento sobre las costas de la primera instancia, y todo ello sin hacer tampoco expresa imposición de las costas de esta alzada"*.

QUINTO. Contra la sentencia de la Sección Uno de la Audiencia Provincial de Vitoria interpusieron recursos de casación las dos partes litigantes. Dicho Tribunal los tuvo por interpuestos por providencia de dieciséis de diciembre de dos mil tres.

Elevadas las actuaciones a la Sala Primera del Tribunal Supremo, por auto de tres de julio de dos mil siete la misma acordó: *"1º. Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de la entidad Le Mans Seguros España, SA contra la sentencia dictada, con fecha 22 de octubre de 2003, por la Audiencia Provincial de Alava (Sección Primera), en el rollo de apelación nº 149/2003, dimanante de los autos de juicio ordinario nº 472/2002 del Juzgado de Primera Instancia nº 5 de Vitoria.- 2º. Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de don Urbano contra la citada Sentencia.- 3º. Dar traslado a cada una de las partes del escrito de interposición del recurso de casación formalizado de con contrario, con sus documentos adjuntos, para que formalicen su oposición por escrito en el plazo de veinte días"*.

SEXTO. El recurso de casación del demandante don Urbano se basa en el artículo 477, apartados 1 y 2, ordinal 3º, de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil . Sus motivos son los dos siguientes:

PRIMERO.Infracción de los artículos 3, 10 y 100 de la Ley 50/1.980, de 8 de octubre , del contrato de seguro, y del artículo 10 bis, apartado 1, de la Ley 26/1.984, de 19 de julio , general para la defensa de los consumidores y usuarios.

SEGUNDO.Infracción de la jurisprudencia sobre la problemática de la incoherencia entre las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, sobre las pólizas con baremos insuficientes y sobre la interpretación de las cláusulas oscuras.

SÉPTIMO. El recurso de casación de la demandada Lemans Seguros España, SA, Compañía de Seguros y Reaseguros, se basa en el artículo 477, apartado 2, ordinal 3º, de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil y se compone de un motivo.

ÚNICO.Infracción del artículo 20, ordinal 8º, de la Ley 50/1.980, de 8 de octubre , del contrato de seguro.

OCTAVO. Evacuados los oportunos traslados, el Procurador don Ignacio Argos Linares, en nombre y representación de Cía de Seguros Le Mans, SA, y el Procurador don José Manuel de Dorremochea Aramburu, en nombre y representación de don Urbano , impugnaron el recurso de casación formulado de contrario.

NOVENO. Se señaló como día para la vista recurso el veintidós de abril de dos mil nueve, en que el acto tuvo lugar, con asistencia del Letrado don Domingo Ochoa de Eribe y el Procurador don Ignacio Argos Linares por la recurrente, Seguros Le Mans, SA, y el Procurador don José Manuel Dorremochea Aramburu y el Letrado don Joaquín Urbe Alonso, en representación y defensa de don Urbano .

Ha sido Ponente el Magistrado Excmo. Sr. D. **JOSÉ RAMÓN FERRÁNDIZ GABRIEL** ,

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. Discrepan los litigantes en torno a si las lesiones corporales - en términos del artículo 100 de la Ley 50/1.980, de 8 de octubre - que el demandante sufrió están o no cubiertas, y en qué medida o extensión, por el seguro de accidentes que el mismo, como tomador, y la demandada, como aseguradora, habían contratado en su día.

Son datos de hecho necesarios para la correcta formación del enjuiciamiento requerido los que siguen, puestos de manifiesto en la instancia:

1º) En la póliza del seguro - condiciones particulares - se mencionan como " *garantías cubiertas* " - entre otras sin interés para el caso - la " *invalidez permanente* " y la " *incapacidad temporal diaria* ", sin más especificación.

2º) Las cantidades que, como capital, debe entregar la aseguradora, de producirse alguna de esas dos consecuencias lesivas, son, según la misma póliza y respectivamente, veinticinco millones de pesetas y siete mil quinientas pesetas diarias.

3º) Los artículos 1 y 2 de las condiciones generales, al regular lo que se denomina en ellas " *riesgos cubiertos* " y " *riesgos opcionales aceptados mediante pacto expreso* ", establecen (a) que la " *invalidez permanente* " puede ser " *absoluta* " y " *parcial* " y que se indemnizarán, la primera, con el capital total señalado en la póliza - veinticinco millones de pesetas - y, la segunda, con una parte proporcional del mismo, " *en función del grado de invalidez* "; y (b) que la " *incapacidad temporal* " obligará a la aseguradora a pagar las siete mil quinientas pesetas diarias a que se refiere la primera página de la póliza, pero sólo durante " *el plazo máximo de un año a contar desde las veinticuatro horas del día del accidente* ".

4º) En la segunda hoja de la póliza, firmada también por las dos partes contratantes, consta que, " *en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/1.980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, el tomador acepta específicamente el contenido de las cláusulas limitativas de las condiciones generales de la póliza y, en especial, las siguientes: Artículo 1. Riesgos cubiertos, puntos 1 y 2. Artículo 2. Riesgos opcionales aceptados mediante pacto expreso, puntos 1 y 2* ".

La Audiencia Provincial de Vitoria consideró que la aseguradora demandada había cumplido las exigencias del artículo 3 de la Ley 50/1.980, por lo que integró el contenido del contrato con el de las condiciones generales y, tras valorar la prueba, declaró:

1º) Que el asegurado había sufrido " *incapacidad temporal* " durante ciento cincuenta y dos días y, además, " *invalidez permanente* ", pero no " *absoluta* ", sino " *parcial* ".

2º) Que, aunque el asegurado tendría derecho, conforme a lo pactado, a las siete mil quinientas pesetas diarias por la " *incapacidad temporal* " durante el referido periodo y a una parte proporcional de los veinticinco millones de pesetas por causa de la " *invalidez permanente parcial* ", como la prueba había demostrado que habían influenciado causalmente en una y otra los males que padecía con anterioridad al accidente, procedía reducir ambas indemnizaciones en un cincuenta por ciento.

4º) Que la aseguradora había incurrido en mora y debía los intereses que, para ese caso, establece el artículo 20 de la Ley 50/1.980.

La sentencia de apelación ha sido recurrida en casación por ambos litigantes. El actor pretende, en síntesis, que la demandada sea condenada al pago de la indemnización que en la demanda había reclamado. La aseguradora lo que persigue es ser liberada de la obligación de pago de los intereses del antes citado artículo 20 .

SEGUNDO. En el primero de los motivos del recurso de casación, señala don Urbano como infringidos los artículos 3, 10 y 100 de la Ley 50/1.980, de 8 de octubre , del contrato de seguro, así como el artículo 10. bis apartado 1, de la Ley 26/1.984, de 19 de julio , general para la defensa de los consumidores y usuarios.

Cumple el artículo 3 de la Ley 50/1.980 la función de proteger al tomador del seguro, mediante la exigencia de una serie de requisitos que el legislador considera necesarios para garantizar que, cuando dé su consentimiento a la perfección del contrato de seguro, conoce cumplidamente el contenido del mismo - sentencias de 27 de noviembre de 2.003, 17 de octubre de 2.007, 13 de mayo de 2.008, 15 de julio de 2.008, 22 de julio de 2.008 -.

De su literalidad resulta que la norma impone una redacción de las condiciones, tanto generales como particulares, que sea " clara y precisa ".

En cuanto a las condiciones generales - predisuestas exclusivamente por la aseguradora para ser incorporadas a una pluralidad de contratos -, el artículo 3 exige que se incluyan " necesariamente en la póliza de contrato o en un documento complementario, que se suscribirá por el asegurado y al que se entregará copia del mismo ".

Finalmente, si hay en las condiciones particulares o generales "cláusulas limitativas de los derechos del asegurado ", manda la referida norma que se destaquen y que sean " específicamente aceptadas por escrito ".

El motivo impone comprobar si esos requisitos se han cumplido o no en el caso que enjuicamos, cuyas características fundamentales quedaron expuestas al principio. Antes, sin embargo, habrá que decidir si alguna de las cláusulas con influencia en la decisión merece la calificación de limitativa.

Sobre el concepto de cláusula limitativa se ha pronunciado esta Sala, distinguiéndola de aquellas que delimitan el riesgo. Así, las sentencias de 11 de septiembre de 2.006 y 15 de julio de 2.008 pusieron de manifiesto que "*deben excluirse del concepto de cláusulas limitativas de los derechos del asegurado aquellas que determinan qué riesgo se cubre, en qué cuantía, durante qué plazo y en qué ámbito espacial, incluyendo en estas categorías la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada o contratada* ".

Sin embargo, ese criterio de distinción no debe llevarse a sus últimas consecuencias en relación con el artículo 3, pues lo determinante, según la norma, es que el asegurado vea limitados o restringidos sus derechos - por ejemplo, los que le han sido atribuidos en la póliza que negoció - y ello también puede ser una consecuencia de las propias cláusulas que cumplen la función de delimitar el riesgo. Debemos por ello, entender que en tal caso dichas reglas contractuales, además de tener una redacción clara y precisa, tendrán que haber sido destacadas de modo especial y aceptadas por escrito, como exige la norma de que se trata.

Se indicó al principio que en la primera página de la póliza - que recoge las llamadas condiciones particulares, indudablemente consensuadas por las partes - aparece destacado un apartado que se destina a identificar las " *garantías cubiertas* ". En él se mencionan la " *incapacidad temporal diaria* " y la " *invalididad permanente* ", sin señalar plazo a la primera ni distinguir variantes en la segunda a los efectos de la indemnización.

Por ello, las condiciones generales que reducen a un año, a contar desde el día siguiente al del accidente, la obligación de la aseguradora de abonar al asegurado siete mil quinientas pesetas diarias - en caso de " *incapacidad temporal* " - y las que, tras distinguir la " *invalididad permanente* " en " *absoluta* " y " *parcial* ", establecen en este segundo supuesto una minoración proporcionada de la indemnización señalada en la póliza, además de delimitar el riesgo, limitan los derechos que al asegurado le habían sido reconocidos en la parte del contrato verdaderamente negociada con la aseguradora.

La conclusión de todo ello es que *nos hallamos antes dos condiciones generales " limitativas de los derechos " del asegurado y, por ello, sometidas al específico régimen establecido al respecto en el artículo 3. Si bien de ellas, sólo la segunda tiene influencia directa en la decisión del recurso, pues el tiempo de incapacidad temporal del asegurado ha sido según se declara en la instancia inferior al año.*

Sobre esta cuestión no es necesario que insistamos, pues *aseguradora y asegurado admitieron, expresamente, que las examinadas, contenidas en el cuadernillo de las condiciones generales, son realmente cláusulas limitativas de los derechos del segundo.* En efecto tal como se expuso, en la segunda página de la póliza del seguro, bajo el epígrafe " *condiciones particulares* ", aparecen, firmadas por las dos partes, las siguientes palabras escritas: " *en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/1.980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, el tomador acepta específicamente el contenido de las cláusulas limitativas de las condiciones generales de la póliza y, en especial, las siguientes: artículo 1, riesgos cubiertos, puntos 1 y 2; artículo 2, riesgos opcionales aceptados mediante pacto expreso, puntos 1 y 2* " (los cuales contienen las apuntadas restricciones).

Con esos antecedentes y valoradas las circunstancias expuestas llegamos a la conclusión de que *las exigencias de claridad y formulación destacada impuestas por el artículo 3 no se cumplen en el caso, pese a lo declarado en la sentencia recurrida.*

En efecto, para entender claramente destacada la regla de la determinación proporcional de la indemnización por incapacidad permanente parcial, debería la limitación constar incorporada en el apartado de la póliza destinado a identificar los riesgos.

Y lo propio cabría decir de la limitación del plazo de la indemnización para el caso de incapacidad temporal.

Por otro lado, la claridad de la póliza en la identificación de las "*garantías cubiertas*" convierte en insuficiente, por contradictoria con ella, la declaración asumida como propia por el tomador de conocer y aceptar las limitaciones establecidas en las condiciones generales. Tanto más si el contenido de éstas no se transcribe y sólo se identifica el número de cada uno de los artículos que las incorporan, eso sí, con su respectivo epígrafe. Se trata de una referencia insuficiente al respecto.

Procede estimar el motivo.

Ello, sin embargo, no significa que la estimación se produzca en la medida pretendida - con carácter principal - por el recurrente, pues no hay que olvidar que el Tribunal de apelación, tras valorar la prueba, declaró que el siniestro había sido causado también por la deficiente salud de aquel y cifró esa influencia en un cincuenta por ciento. Se trata de un pronunciamiento sobre un dato fáctico, no revisable en casación, que habrá que aplicar, bien que en el contexto antes determinado.

Por lo demás, no se entiende necesario examinar el resto de las infracciones denunciadas en el motivo - y menos las del siguiente -, con la salvedad de la referida al artículo 10 de la Ley 50/1.980, dado que guarda relación con el tema que acaba de ser abordado.

Señala el asegurado que dicho artículo ha sido infringido al haber reducido la sentencia de apelación la indemnización fijada en la primera instancia porque "*padecía enfermedades previas al accidente*". Entiende el recurrente que la aseguradora no podía invocar esos padecimientos previos "*ya que no le sometió a cuestionario de salud ni a reconocimiento médico alguno*".

El precepto no ha sido infringido, pues de que la aseguradora demandada no hubiera exigido, en el momento de contratar el seguro, que el asegurado diera respuesta a un cuestionario sobre las circunstancias de su salud que pudieran influir en la valoración del riesgo, no deriva que tenga que indemnizar en toda su extensión unas lesiones corporales que, según se ha declarado en la

instancia, no han sido causadas adecuadamente sólo por el evento externo temido por los contratantes, sino de modo concurrente por los padecimientos previos del asegurado.

TERCERO. En el único motivo de su recurso de casación la aseguradora demandada afirma producida la infracción del artículo 20, ordinal 8º, de la Ley 50/1.980. Responde el motivo a que Lemans Seguros España, SA, Compañía de Seguros y Reaseguros ha sido condenada al pago de los intereses previsto en dicho precepto para el caso de mora.

Tomó tal decisión la Audiencia Provincial - fundamento de derecho cuarto - por no haber advertido causa justificante del retraso en el pago de la indemnización debida al asegurado.

Establece el artículo 20, ordinal 8º, de la Ley 50/1.980 que no habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando sea debida a una causa justificada o que no le fuera imputable.

Según la recurrente su retraso ha estado justificado, como evidencia el que su oposición a la reclamación del asegurado haya sido, en parte, aceptada por el Tribunal de apelación, al reducir considerablemente el importe de la indemnización reclamada en la demanda. También se refiere a una supuesta actuación dolosa del asegurado, de la que no hay constancia alguna en las actuaciones.

La jurisprudencia, en la interpretación del artículo 20 , ha negado que cualquier oposición de la aseguradora justifique el retraso.

La sentencia de 1 de julio de 2.008 resumió en buena parte la jurisprudencia al respecto, declarando que el control de la concurrencia de la excepción a la aplicación de la norma cabe en casación, al tratarse de un concepto jurídico indeterminado, siempre y cuando no se altere la base fáctica soporte de su aplicación; que la apreciación de la conducta de la aseguradora, para determinar si concurre causa justificada, debe efectuarse teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso y la finalidad del precepto, que no es otra que impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados; que la mera existencia del litigio no constituye, por sí solo, causa justificada del retraso ni óbice para imponer a la aseguradora los intereses, siempre que no se aprecie una auténtica necesidad de acudir a él para resolver una situación de incertidumbre o duda racional.

Por ello, para justificar el retraso no basta con atender a lo que el asegurado hubiera reclamado. También hay que valorar otros datos, entre ellos, cual fue la causa de la discrepancia.

El motivo se desestima, pues además de que, como resulta de lo expuesto, la recurrente dio causa al proceso al redactar las cláusulas contractuales con insuficiente claridad, ninguna justificación del retraso resulta de las actuaciones.

CUARTO. En aplicación de los artículos 394 y 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil , las costas del recurso que desestimamos quedan a cargo de la recurrente.

Sobre las del recurso que estimamos no procede que formulemos pronunciamiento de condena.

Sobre las costas de las dos instancias mantenemos los pronunciamientos de la sentencia recurrida.

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

FALLAMOS

Declaramos no haber lugar al recurso de casación interpuesto por Lemans Seguros España, SA, Compañía de Seguros y Reaseguros, contra la sentencia dictada con fecha veintidós de octubre de dos mil tres , por la Sección Primera de la Audiencia Provincial de Alava, con imposición de costas a la recurrente.

Declaramos haber lugar al recurso de casación interpuesto, contra la misma sentencia por don Urbano , de modo que la casamos y dejamos sin efecto en cuanto determina la cantidad que, como principal, debe pagar a dicho litigante Lemans Seguros España, SA, Compañía de Seguros y Reaseguros, pronunciamiento que sustituimos por el siguiente:

Condenamos a Lemans Seguros España, SA, Compañía de Seguros y Reaseguros a pagar a don Urbano , como principal, setenta y cinco mil ciento veintiséis euros, con cincuenta céntimos.

Mantenemos el pronunciamiento de la sentencia recurrida por el que se condena a Lemans Seguros España, SA, Compañía de Seguros y Reaseguros al pago de intereses por mora. Intereses que deberán aplicarse a la suma antes señalada.

Lo propio hacemos respecto al pronunciamiento relativo a las costas de las dos instancias.

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

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.-Jesús Corbal Fernández.- José Ramón Ferrándiz Gabriel.-Antonio Salas Carceller.- Rubricado.

PUBLICACIÓN.-

Leída y publicada fue la anterior sentencia por el EXCMO. SR. D. **José Ramón Ferrándiz Gabriel** , 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.