



**JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 9
SALAMANCA**

**NOTIFICADO
05-10-2017
HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
PROCURADORA
SALAMANCA**

SENTENCIA: 00210/2017

PLAZA DE COLÓN S/N
Teléfono: 923284650/51, Fax: FAX 923284657
Equipo/usuario: 13
Modelo: N09130

N.I.G.: 37274 42 1 2016 0009512

ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000973 /2016

Procedimiento origen: /

Sobre OTRAS MATERIAS

DEMANDANTE D/ña. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Procurador/a Sr/a. MARIA JESUS HERNANDEZ GONZALEZ

Abogado/a Sr/a.

DEMANDADO , DEMANDADO D/ña. MAPFRE ESPAÑA CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, ABDON MONTEJO CORRAL

Procurador/a Sr/a. ANGEL MARTIN SANTIAGO,

Abogado/a Sr/a. ,

S E N T E N C I A N° 210/17

JUEZ QUE LA DICTA: MAGISTRADO-JUEZ POLANCO SOLANO.

Lugar: SALAMANCA.

Fecha: dos de octubre de dos mil diecisiete.

Demandante: XXXXXXXXXX

Abogado/a: .

Procurador/a: MARIA JESUS HERNANDEZ GONZALEZ.

Demandado: MAPFRE ESPAÑA CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, ABDON MONTEJO CORRAL .

Abogado/a: ,

Procurador/a: ANGEL MARTIN SANTIAGO, .

Procedimiento: PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000973 /2016.

SENTENCIA

En la ciudad de Salamanca, a dos de octubre de dos mil diecisiete.

El Ilmo. Sr. GABRIEL MARÍA POLANCO SOLANO, Magistrado/Juez en el Juzgado de Primera Instancia Número Nueve de Salamanca, en relación al presente Procedimiento de Juicio declarativo ordinario, registrado con el número 973/2016, en el que figura como demandante, DON XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, representado por la Procuradora de los Tribunales Doña María Jesús Hernández González y asistido por el Letrado Don Bernardo Santos Pérez; y como demandados, la entidad MAPFRE FAMILIAR, S.A., representada por el Procurador de los Tribunales Don Ángel Martín Santiago y asistida por el Letrado Don José Antonio Román Rodríguez, y DON AAAAAAAA, declarado en situación de rebeldía procesal; procede al dictado de la presente sentencia.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. Por la representación procesal de la parte demandante se presentó demanda de juicio declarativo ordinario en reclamación de daños y perjuicios derivados de accidente de circulación frente a la entidad aseguradora MAPFRE FAMILIAR, S.A. y frente a DON AAAAAAAAAAAAAAAAAA en la que, tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que tuvo por conveniente, terminaba con la súplica de que se dicte sentencia *por medio de la cual condene solidariamente a ambos demandados a abonar al demandante el principal reclamado con la presente más los intereses legales y procesales que conforme ley correspondan así como a abonar las costas ocasionadas a esta parte. Con expresa declaración en sentencia de temeridad y mala fe existente por parte de los demandados.*

SEGUNDO. Admitida a trámite la demanda, se participó traslado de la misma a la parte demandada para que compareciera y la contestara, lo que la codemandada MAPFRE FAMILIAR, S.A. efectivamente hizo por medio de escrito presentado por su representación procesal en el que, en base a los hechos y fundamentos que igualmente tuvo por conveniente, se opuso a la demanda interpuesta y alegó lo que a su derecho convino.

Por su parte, el demandado D. AAAAAAAAAAAAAA no contestó a la demanda en el plazo legalmente establecido, motivo por el cual fue declarado en situación de rebeldía procesal.

TERCERO. Convocada la audiencia previa prevista en la Ley, ésta se desarrolló en la forma que consta en el acta y grabación, en la que las partes hasta el momento comparecidas se ratificaron en sus escritos iniciales y propusieron los medios de prueba de que pretendían valerse, sobre cuya admisión resolvió el juzgador lo que tuvo por conveniente, señalando día y hora para la celebración del acto del juicio oral.

CUARTO. El día señalado se celebró el juicio, en el que fueron practicadas las pruebas propuestas y admitidas, tras lo cual, verificado el trámite legal de conclusiones orales, el pleito resultó pendiente de dictar sentencia.

QUINTO. En la sustanciación del proceso se han observado las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El demandante, Don XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, con fundamento en los artículos 1.902 y siguientes del Código Civil reguladores de la denominada responsabilidad civil extracontractual o *aquiliana*, ejercita frente al demandado, Don AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA, la acción de reclamación de daños y perjuicios derivados del accidente de circulación acaecido el día 19 de septiembre de 2015 que el actor relata en su demanda, provocado por la culpa o imprudencia en la conducción del demandado D. AAAAA, al realizar una maniobra de "marcha atrás" con el turismo que conducía golpeando el vehículo que ocupaba el demandante como conductor, y provocándole lesiones. Don XXXXXXXX reclama la indemnización que considera corresponderle por razón de los daños personales (lesiones y secuelas) que sufrió como consecuencia del accidente, según valoración de lesiones, días de curación y secuelas reflejados en el informe pericial médico elaborado por la Dra. Adela Villoria que el actor acompaña junto a su demanda, así como el importe de la factura que hubo de abonar el demandante por razón del tratamiento de rehabilitación de fisioterapia a que hubo de someterse por prescripción facultativa para la curación de sus lesiones. Finalmente, ejercita también la acción directa prevista en el artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguro frente a la compañía de seguros MAPFRE



FAMILIAR, S.A., al ser ésta la compañía aseguradora del vehículo causante del accidente que conducía D. AAAA.

La parte demandada MAPFRE FAMILIAR, S.A. se opone a la demanda. Si bien reconoce la realidad del accidente así como su responsabilidad jurídica como aseguradora del vehículo causante de la colisión, sin embargo, se opone a la cuantía de la indemnización de daños personales solicitada por el demandante, toda vez que, por la escasa entidad de la colisión que tuvo lugar entre los vehículos, discrepa de la determinación del alcance de las lesiones y secuelas que aparecen reflejados en el informe pericial médico aportado junto a la demanda, aportando otro informe pericial médico, elaborado por el Dr. D. JJJJJJJJJJ, a fin de acreditar que el actor tardó en sanar un menor número de días, y que de tales lesiones no derivaron secuelas. Se opone también al pago de los intereses legales moratorios previstos en el artículo 20 de la L.C.S., toda vez que la aseguradora procedió a realizar oferta motivada al perjudicado dentro de los cuarenta días siguientes a tener conocimiento de que el perjudicado había sufrido lesiones, tal y como se desprende del contenido de la propia documentación que el actor acompaña junto a su demanda.

SEGUNDO.- Fondo del asunto. Determinación del alcance de las lesiones que sufrió D. XXXXXXX.

A los efectos de determinar en este proceso cuáles fueron las lesiones que sufrió D. XXXXXXX derivadas del accidente, su

período de curación, el carácter impeditivo y no impeditivo de los días de curación, y la existencia de posibles secuelas, dos son los informes periciales unidos a los autos cuya eficacia probatoria es pretendida por cada una de las partes, y que han sido aportados a instancia de cada una de ellas.

Tal y como es de argumentar en los juicios relativos a la valoración de las lesiones derivadas de accidentes de circulación, la única prueba idónea, por antonomasia, para poder acreditar el alcance de las lesiones y sus posibles secuelas viene constituida, sin lugar a dudas, por la "prueba pericial". Y dado que los informes periciales versan sobre materias respecto de las que se precisa contar con conocimientos específicos cualificados (en este caso en materia de Medicina), de los que carece el juzgador, la jurisprudencia ha venido estableciendo una serie de criterios que sirven de orientación a los órganos judiciales a la hora valorar la eficacia probatoria comparada de los informes periciales, a saber:

- La titulación del perito, que habrá de ser acorde con el objeto de su pericia.
- La inspección directa o indirecta del perito sobre el objeto de su pericia.
- La estructura y contenido de su informe.
- La mayores o menores garantías de imparcialidad que, en atención al modo de su designación, al contenido de los informes periciales, y de las contestaciones realizadas por su autor en el acto del juicio, trasladen al órgano judicial.

Pues bien, en el presente supuesto, ambos peritos, tanto el perito de la parte demandante, Doña Adela Villoria, como el perito de la parte demandada, D. JJJJJJJJJJJJ, cuentan con una titulación profesional adecuada al objeto de su pericia, como también ambos han explorado directamente a la persona del lesionado. Igualmente, ambos han sido designados a instancia de parte, por lo que en principio trasladan al órgano judicial las mismas garantías de imparcialidad.

Sin embargo, sí concurren algunos factores significativos que permiten al órgano judicial, siempre desde una perspectiva prudencial, inclinar la balanza a favor del informe pericial elaborado por la perito Doña Adela Villoria, frente al informe elaborado por el Dr. Don JJJJJJJJJJJJJJJJ. Tales factores son los siguientes:

1. En primer lugar, y por aplicación del criterio de valoración judicial referente a la "inspección del perito sobre el objeto de su pericia", aunque ninguno de los dos peritos ha llevado a cabo un seguimiento facultativo del curso de las lesiones que sufrió el actor como consecuencia del accidente, sí se puede observar que la perito D^a. Adela Villoria ha explorado al lesionado en fecha más próxima a la ocurrencia del accidente. La perito Doña Adela exploró al actor en fecha 31 de octubre de 2016. El Dr. D. José Alberto, exploró al lesionado el día 3 de mayo de 2017, tal y como es de ver en los respectivos informes periciales, como también los peritos confirmaron en el acto de la vista. Ello permite al órgano judicial realizar una primera valoración probatoria más favorable al contenido del informe pericial elaborado por

la Dra. Adela Villoria, toda vez que al haber explorado al lesionado en fecha muy próxima a la fecha de ocurrencia del accidente, ello permitiría asignar a su informe pericial en principio una mayor consideración probatoria, pues por razón de un factor cronológico en la inspección, su informe pericial ofrecería mayores garantías de precisión y exahustividad.

2. En segundo lugar, concurre un dato, el más importante, que permite al órgano judicial atribuir también mayores garantías de *precisión* al contenido del informe pericial elaborado por la Dra. Doña Adela Villoria, que no es otro que haber realizado una valoración de las lesiones, período de curación y secuelas, en función de la realidad de lo sucedido en el caso concreto del demandante, y no sobre la base de lo que "debería haber sido".

Así, mientras que Doña Adela valora las lesiones, los días de curación y secuelas, conforme a la evolución que tales lesiones han mostrado en el caso concreto del demandante, llevando a cabo, por lo tanto, una valoración puramente médica ajustada a las particularidades del caso concreto, por el contrario, el Dr. Don JJJJJJJJJJJJJJ valora las lesiones y los días de curación, conforme a lo que, a su consideración, deberían haber tardado en curar, de haberse sometido el demandante, desde el principio, a un "tratamiento efectivo" para la sanidad de tales lesiones. Considera el juzgador, que este método o forma de valoración, además de ser menos exhaustivo o preciso (sencillamente porque el Dr. D. JJJJJJJJJJ no tuvo ocasión de poder explorar al lesionado durante el período de curación de sus lesiones para poder valorar adecuadamente cuál habría sido el "tratamiento efectivo" a la sintomatología que el actor presentaba en ese momento), se muestra además como un método o valoración menos

imparcial, pues rebasa el terreno puramente médico para adentrarse también en el terreno de la responsabilidad de una forma subrepticia. Es decir, lo que el Dr. JJJJJJJJ viene a decir, no es qué lesiones concretas, qué días de curación, y qué posibles secuelas, se han derivado en la persona del actor desde el punto de vista estrictamente médico en este caso concreto, sino qué "período ideal de curación" habría de ser atribuible, en abstracto, a las lesiones de esa tipología (lo que ya implica entrar a utilizar "estereotipos"), de haber seguido el actor el "tratamiento adecuado" (concepto también sometido a la consideración subjetiva del perito), valorando sobre este hipotético planteamiento un período de curación ostensiblemente menor, valoración que en alguna medida hace recaer sobre el demandante la responsabilidad por el perjuicio sufrido, por no haberse sometido desde el principio al tratamiento que el Dr. D. JJJJJJJJ consideraría habría sido el "efectivo" o "adecuado".

La Dra. Adela Villoria, por el contrario, y sin perjuicio de admitir en el acto de la vista, preguntada como lo fue por tal cuestión, que a su consideración, de haber seguido el actor un tratamiento más adecuado, "probablemente" el período de curación pudiere haber sido menor, sin embargo, tales consideraciones no condicionan el contenido de las valoraciones que refleja en su informe, y no lo hacen sencillamente porque su misión es valorar médicamente las lesiones y la evolución que experimentaron conforme a lo que "realmente sucedió", y no conforme a lo que, a su entender, "habría de haber sucedido" en un estado ideal de tratamiento.

Llegado este punto, es necesario ahondar en una importante reflexión, apartándonos momentáneamente de la valoración de las pruebas periciales. Y es que, si tenemos en cuenta lo

“realmente sucedido” en este caso concreto, se puede apreciar que, a la vista de la comunicaciones documentadas que han venido mediando entre las partes previas al inicio de este proceso (aportadas junto a la demanda), nos encontramos con que el día 21 de enero de 2016 el actor acude a la consulta del traumatólogo, especialista que emite un informe médico sobre la naturaleza y estado de las lesiones del perjudicado, que no constituye ningún informe de alta médica por curación, y prescribe al lesionado un tratamiento de 15 sesiones de rehabilitación fisioterapéutica para la curación de las lesiones objetivadas, informe que obra en poder de la compañía de seguros demandada desde el día 5 de febrero de 2016 (documento nº 13 de la demanda), es decir, tan solo a los quince días siguientes de haber sido emitido, de tal manera que, si la propia compañía de seguros admitió, como así sucedió a la vista del contenido de tales comunicaciones, no solo su responsabilidad derivada del accidente, sino también la necesidad de que el actor recibiera dicho tratamiento, bien podría haber facilitado al demandante el acceso a aquel tratamiento rehabilitador de forma inmediata, en cuyo caso el período de curación habría sido menor, lo cual no hizo, de tal manera que si el actor tardó entre dos y tres meses más en acudir a recibir el tratamiento, no se debe desde luego a una causa a él imputable, sino atribuible únicamente a la pasividad o falta de diligencia de la compañía.

Del propio modo, ha quedado acreditado que durante los primeros meses posteriores a la producción del accidente, el actor D. MXXXXX no descuidó en ningún momento su estado de salud, y acudió a los servicios médicos con asiduidad.

Así, acudió a urgencias el tercer día siguiente a la producción del accidente, día 22 de septiembre de 2015,

cuando, según declaró el propio demandante en el acto de su interrogatorio, el dolor ya le era difícil de soportar, pues fue creciendo desde la producción del accidente. Consta que fue dado de baja y posterior alta laboral, alta que tuvo lugar el día 23 de octubre de 2015. Durante este período de baja laboral, el actor estuvo recibiendo tratamiento farmacológico, siguiendo las indicaciones facultativas. Consta que el día 4 de noviembre hubo de acudir a su médico de cabecera al persistir los dolores, siéndole practicadas radiografías, lo que demuestra que persistía la sintomatología derivada de las lesiones. El 5 de diciembre de 2015 vuelve a urgencias, siéndole diagnosticado "síndrome postraumático cervical". El día 21 de enero de 2016, acude al traumatólogo. El día 25 de enero de 2016, formula su reclamación a la compañía de seguros, quien, durante todo el tiempo que media entre la referida reclamación hasta el día 9 de diciembre de 2016, es decir, once meses aproximadamente, no muestra la menor predisposición de ofrecer asistencia médica al demandante, ya que no lo deriva a ser explorado por alguno de sus médicos.

El órgano judicial debe partir de la presunción, por no haberse practicado prueba suficiente en contrario, de que los facultativos que en cada uno de aquellos momentos iniciales exploraron o reconocieron al lesionado, prescribieron al mismo el tratamiento que consideraron oportuno conforme a la sintomatología que el actor presentaba en cada momento. De considerar la parte demandada que dicho tratamiento no era efectivo, o no era el adecuado, debió traer a declarar a este proceso a los facultativos que emitieron los correspondientes informes médicos, a fin de permitir al juzgador valorar esta circunstancia, y desde luego, bien pudo poner a disposición del demandante un médico el mismo día 25 de enero de 2016 para determinar el estado de sus lesiones.

Por todo lo expuesto, las lesiones que habrán de reconocerse al lesionado derivadas del accidente serán las que aparecen reflejadas en el informe pericial de la Dra. Adela Villoria y, por lo tanto, se debe considerar que el actor tardó en curar de sus lesiones un total de 34 días impeditivos, 181 días no impeditivos, habiendo resultado una secuela consistente en "Síndrome postraumático cervical" valorado en 4 puntos.

Aplicando las reglas del Baremo de Accidentes de Circulación vigente a la fecha de la sanidad, las cantidades que habrá de percibir el lesionado serán las siguientes:

- Por razón de los 34 días impeditivos, a razón de 58,41 euros el día: 1.985,94 euros.
- Por razón de los 181 días no impeditivos, a razón de 31,43 euros el día: 5.688,83 euros.
- Por razón de los 4 puntos de secuela, a razón de 775,94 euros el punto, en atención a la edad del lesionado: 3.103,76 euros.

TOTAL: 10.778,53

Cantidad a la que hemos de adicionar la cantidad de 1.077,85 euros por razón del 10% factor corrector, pues el lesionado se hallaba trabajando a la fecha de ocurrencia del accidente.

TOTAL: 11.856,38 EUROS.

A dicha cantidad hemos de añadir finalmente el importe de 560 euros correspondiente a la factura del tratamiento de fisioterapia que el actor hubo de seguir para la curación de sus lesiones, cuyo resarcimiento ha sido admitido por la propia compañía de seguros en las comunicaciones previas al procedimiento. Por ello, la indemnización final ascenderá a la cantidad de **12.416,38 euros**, misma cantidad que se reclama en la demanda.

Finalmente, si bien en un principio el órgano judicial valoró la posibilidad de moderar el importe de la indemnización señalada, cuyo motivo residió en el contenido del testimonio de la perito Doña Adela Villoria, quien puso de manifiesto durante el acto de su interrogatorio que, si el actor hubiere sido tratado de sus lesiones con más celeridad, las lesiones habrían sido eventualmente menores, menor celeridad que la perito atribuye al funcionamiento del sistema público de salud, que es más lento, ello no obstante, tanto si el tratamiento recibido al inicio por el demandante, únicamente farmacológico en un primer momento, no fue el más apropiado para la más eficaz sanidad de sus lesiones, como si no fue dispensado tampoco con la celeridad que hubiere sido deseable, tanto en uno como en otro caso, ello fue debido a causas completamente ajenas de la voluntad del perjudicado, pues D. XXXXX sí observó la diligencia debida, acudiendo constantemente a los facultativos, sin que existan datos que permitan deducir que el actor desoyera las prescripciones

facultativas que le fueron dispensadas en cada caso. Si tardó más en curar, no fue por su culpa.

Y dado que la normativa de protección de los perjudicados por los daños y perjuicios personales derivados de accidentes de circulación tiene un claro y marcado carácter tuitivo, estimo ajustado no aplicar porcentaje alguno de moderación de la cuantía de la indemnización, toda vez que las lesiones, el período de curación de las mismas, y las secuelas, son las que son en el caso concreto, siendo así que constituye un principio informador en materia de Derecho de Daños que la reparación del daño ocasionado al perjudicado debe de ser íntegra.

Por ello, la demanda deberá ser íntegramente estimada.

TERCERO. Intereses del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Establece el artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro, en la redacción dada por la Ley 30/1995 de 8 de noviembre de ordenación y supervisión de los seguros privados que se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres 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 de siniestro.

Por otro lado indica el precepto aludido 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 cincuenta por ciento, debiendo entenderse producidos tales intereses por días, sin necesidad de reclamación judicial, si bien transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al veinte por ciento.

Pues bien, sobre este tipo de intereses, y como recuerda la Ilma. Audiencia Provincial de Salamanca en su Sentencia de 4 de marzo de 2.010, Civil sección 1, Sentencia nº 94/2010 | Recurso: 504/2009 | Ponente: JOSE ANTONIO VEGA BRAVO, en su Fundamento de Derecho Cuarto, *"En cuanto a los intereses del artículo 20 de la LCS, hemos de indicar que el Tribunal Supremo señala en la sentencia de fecha 29 noviembre 2005 EDJ 2005/207172 que la jurisprudencia contempla específicamente algunos supuestos en los que estima que concurre una circunstancia que libera al asegurador del pago de los intereses moratorios, a saber:*

a) *Cuando la determinación de la causa del pago del asegurador haya de efectuarse por el órgano jurisdiccional, en especial cuando es discutible la existencia o realidad del siniestro, como sucede cuando no se han determinado sus causas y esto es determinante de la indemnización o de su cuantía, y cuando exista discusión entre las partes, no sobre el importe exacto de la indemnización, sino sobre la procedencia o no de cubrir el siniestro;*

b) *Cuando junto a la necesidad de acudir al órgano jurisdiccional competente para la determinación de la causa, culposa o no, de la producción del siniestro, sea necesaria la decisión judicial para la fijación exacta de la cantidad que*

debe abonar el asegurador por vía de indemnización ante las discrepancias existentes entre las partes, y

c) Aquellos supuestos en los que la complejidad de las relaciones habidas entre las partes litigantes excluyen la fácil determinación de la cantidad realmente adeudada”.

En el presente caso, no concurriendo ninguna de las causas antedichas, procede la condena a la aseguradora demandada a abonar los intereses previstos en el artículo 20 de la L.C.S., al no constar haya cumplido su prestación dentro del plazo legal.

- Si bien la aseguradora solicita en su escrito de contestación a la demanda la no imposición de los intereses del artículo 20 de la L.C.S. sobre la consideración de haber realizado al actor una oferta motivada, sin embargo, el órgano judicial no comparte aquella consideración.

De este modo, el artículo 7 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor regula las obligaciones del asegurador en el ámbito de aseguramiento obligatorio. En el apartado segundo establece la obligación de presentar una oferta motivada en el plazo de tres meses desde la reclamación del perjudicado. En su apartado tercero se regulan los requisitos de la oferta motivada siendo uno de ellos que: *“d) Se hará constar que el pago del importe que se ofrece no se condiciona a la renuncia por el perjudicado del ejercicio de futuras acciones en el caso de que la indemnización percibida fuera inferior a la que en derecho pueda corresponderle”.*

Sin embargo, si observamos el contenido de la oferta realizada por la aseguradora demandada al actor el día 16 de marzo de 2016 (documento número 14 de la demanda), no solo en dicho documento no se refleja expresamente la constancia de que el pago del importe que se ofrece no se condiciona a la renuncia por el perjudicado del ejercicio de futuras acciones, sino que, más aun al contrario, se le indica al perjudicado que puede firmar el recibo de la indemnización junto con el escrito de renuncia al Juzgado que la aseguradora adjunta a dicha oferta. Es decir, lejos de dar cumplimiento al mandato legal, la compañía de seguros hace todo lo contrario.

En la siguiente oferta que realiza la compañía de fecha 21 de marzo de 2016 (doc. 16 de la demanda), tampoco se hace constar aquel requisito de contenido. Lo mismo sucede con el documento nº 19 de la demanda, en el que la aseguradora amplía su oferta de indemnización también a los gastos médicos.

Por tal razón, el motivo de oposición formulado por la aseguradora demandada al pago de los intereses previstos en el artículo 20 de la L.C.S. debe ser desestimado.

- Ahora bien, ello no obstante, sí es preciso realizar alguna salvedad respecto del día inicial a partir del cual se habrán de devengar dichos intereses.

Ello es así, porque en el caso concreto que nos ocupa, de la documentación unida al procedimiento se desprende que el perjudicado, D. XXXXX, no formuló reclamación frente a la compañía de seguros, sino por vez primera hasta el día 25 de enero de 2016 (doc. 11 de la demanda).

Estimo que, dado que en el parte amistoso del accidente no se hace constar que el actor hubiere podido sufrir lesiones, la compañía de seguros no tuvo oportunidad de conocer la presencia de lesiones sino desde la fecha 25 de enero de 2016 en que se lo comunicó el actor y formuló su primera reclamación.

Por ello, estimo ajustado aplicar en el caso presente que nos ocupa lo dispuesto en el artículo 20.6 de la Ley de Contrato de Seguro, precepto que, tras establecer que *“6.º Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro”*, sin embargo, a continuación, determina también que *“No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro. Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa”.*

Por ello, el “dies a quo” que marcará el comienzo del devengo de los intereses del artículo 20 vendrá constituido por el día de la primera reclamación, 25 de enero de 2016.

CUARTO. Costas

En materia de costas procesales, el artículo 394 apartado 1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, establece 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.*

Para apreciar, a efectos de condena en costas, que el caso era jurídicamente dudoso se tendrá en cuenta la jurisprudencia recaída en casos similares”.

En el presente supuesto, y pese a que la demanda haya sido íntegramente estimada, considero ajustado no imponer las costas a ninguna de las partes, dada la presencia de dudas de hecho en el fuero interno judicial sobre la principal cuestión controvertida en este proceso, que no es otra que la determinación del período de curación de las lesiones que sufrió el demandante, y la determinación de si del accidente derivaron o no secuelas, así como la valoración de las mismas.

Como ya se indicó al inicio del fundamento de derecho segundo de esta resolución, el único modo de determinar en un procedimiento judicial aquellos extremos, viene constituido por la prueba pericial médica, medio de prueba de difícil valoración judicial en los procesos civiles, no solo por el hecho mismo de que el órgano judicial carece de conocimientos en materia de medicina, sino también por la circunstancia de que, en el caso concreto, la solución al litigio debe de pasar necesariamente por resolver a favor de la eficacia probatoria de unos informes elaborados por peritos médicos que han sido designados a exclusiva instancia de parte, y cada uno de los

cuales tiene su propio punto de vista u opinión sobre los extremos debatidos.

Por ello, estimo ajustado acogerme a la excepción de "dudas de hecho" prevista en el artículo 394.1 de la L.E.C. y, en consecuencia, no imponer las costas procesales a ninguna de las partes.

Cada parte deberá abonar las costas causadas a su instancia, y las comunes por mitad.

Vistos los preceptos legales citados y demás de pertinente aplicación, en nombre de su S.M. el Rey y por el poder que me confiere la Constitución,

FALLO

ESTIMO LA DEMANDA interpuesta por la Procuradora de los Tribunales Doña María Jesús Hernández González, en nombre y

representación procesal de DON XXXXXXXXXXXXXXXX y, en consecuencia, los demandados, MAPFRE FAMILIAR, S.A. y DON AAAAAAAAAA, deberán abonar solidariamente al demandante la cantidad de **12.416,38 euros**, más los intereses legales de la referida cantidad previstos en el artículo 20 de la L.C.S. respecto de la compañía de seguros MAPFRE FAMILIAR, S.A., desde la fecha en que tuvo lugar la primera reclamación por parte del perjudicado (25 de enero de 2016) por razón de las lesiones derivadas del accidente, hasta la fecha de la consignación respecto de la cantidad que ha sido consignada en este procedimiento, y desde la misma fecha de la primera reclamación hasta su completo pago respecto del resto de cantidad objeto de condena en esta sentencia, que no ha sido consignada.

Sin imposición de costas a ninguna de las partes.

MODO DE IMPUGNACIÓN: recurso de apelación, que se interpondrá ante el Tribunal que haya dictado la resolución que se impugne dentro del plazo de veinte días contados desde el día siguiente de la notificación de aquélla. Dicho recurso carecerá de efectos suspensivos, sin que en ningún caso proceda actuar en sentido contrario a lo resuelto (artículo 456.2 L.E.C.).



Conforme a la D.A. Decimoquinta de la L.O.P.J., para la admisión del recurso se deberá acreditar haber constituido, en la cuenta de depósitos y consignaciones de este órgano, un depósito de 50 euros, salvo que el recurrente sea: beneficiario de justicia gratuita, el Ministerio Fiscal, el Estado, Comunidad Autónoma, entidad local u organismo autónomo dependiente.

El depósito deberá constituirlo ingresando la citada cantidad en el SANTANDER en la cuenta de este expediente indicando, en el campo "concepto" la indicación "Recurso" seguida del código "02 Civil-Apelación". Si el ingreso se hace mediante transferencia bancaria deberá incluir, tras la cuenta referida, separados por un espacio la indicación "recurso" seguida del código "02 Civil-Apelación"

En el caso de que deba realizar otros pagos en la misma cuenta, deberá verificar un ingreso por cada concepto, incluso si obedecen a otros recursos de la misma o distinta clase indicando, en este caso, en el campo observaciones la fecha de la resolución recurrida con el formato DD/MM/AAAA.

Así por esta mi sentencia lo pronuncio, mando y firmo.

EL/LA MAGISTRADO/JUEZ,