

procuradora

m s
r

Vilafranca

del Pdès. T/F

Exercent al Partit Judicial de Vilafranca

i Vilanova i La Geltrú

⌂ HYPERLINK

LLETRAT/DA.-LTDO./DA. SR./A.: MATILDE BARRABÉS
NOTIFICACIÓ/N LEXNET
24-04-2014

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO CINCO DE VILAFRANCA DEL PENEDÉS

PROCEDIMIENTO: JUICIO ORDINARIO 397/2013

OBJETO DEL JUICIO: RECLAMACION DE CANTIDAD

SENTENCIA nº 83

En Vilafranca del Penedés, a 17 de Abril de 2014.

Vistos por D^a. M D A S Juez titular del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número cinco de Vilafranca del Penedés y de su partido, los presentes autos del JUICIO ORDINARIO registrados con el número 397/2013, seguidos ante este Juzgado entre partes, de un lado, como parte demandante, J M F Z , representada por la procuradora Sra. M S y defendida por la letrada Sra. Matilde G. Barrabés Ramírez; y de otro lado, como demandada, Caixa Penedes Asegurances Genrerals, S.A., presentada por el procurador Sr. I S y defendida por la letrada Sra. N B C .

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por la procuradora Sra. S , en nombre y representación de J M F Z , se presentó demanda de juicio ordinario frente a Caixa Penedes Asegurances Generals, S.A., solicitando se condene a Caixa Penedes

Asegurances Generals, S.A., a abonar a J M F Z , la cantidad de X.XXX,XX euros, más los intereses legales de la artículo 20 de la LCS con expresa imposición de las costas procesales que se devenguen en este procedimiento.

SEGUNDO.- Se dictó decreto admitiendo a trámite la demanda, dando traslado de la misma a la demandada para que el término de veinte días compareciera en forma y contestara a la demanda. Por el procurador Sr. I S , en nombre y representación de Caixa Penedes Asegurances Generals, S.A., se presentó escrito de contestación interesando la desestimación de la demanda, solicitando se dicte sentencia por la que se absuelva a la parte demandada de las pretensiones de la parte actora con imposición de costas procesales a la parte demandante.

TERCERO.- Convocadas las partes a la preceptiva audiencia previa prevista en la ley, la misma tuvo lugar con fecha 30 de Enero de 2014.

Las partes manifestaron en dicho acto la imposibilidad de llegar a un acuerdo, fijaron los hechos controvertidos, y propusieron prueba.

La parte demandante propuso como prueba la documental.

La parte demandada propuso como prueba la documental y prueba pericial.

CUARTO.- Una vez practicada la totalidad de la prueba, con el resultado que consta en la grabación, las partes efectuaron las alegaciones en resumen probatorio que tuvieron por convenientes.

QUINTO.- En la tramitación de esta causa se han observado todas las prescripciones legales y demás de general y pertinente aplicación.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- En el presente pleito se está ejercitando por la actora una acción de reclamación de cantidad derivada de responsabilidad contractual que encuentra fundamento legal en los artículos 1089, 1091, 1101, 1108, 1124 y 1254 del Código Civil.

De acuerdo con el artículo 1091 del Código Civil “Las obligaciones que nacen de los contratos tienen fuerza de ley entre las partes contratantes, y deben cumplirse al tenor de los mismos”. El artículo 1254 del mismo texto legal señala que “El contrato

existe desde que una o varias personas consienten en obligarse, respecto de otra u otras, a dar alguna cosa o prestar algún servicio”, y por último el artículo 1124 dispone “La facultad de resolver las obligaciones se entiende implícita en las recíprocas, para el caso de que uno de los obligados no cumpliere lo que le incumbe”.

Y concretamente, el contrato incumplido al que se refiere la actora, es un contrato de seguro. El artículo 1 de la Ley de Contrato de Seguro de 8 de Octubre de 1980 señala que “El contrato de seguro es aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”.

SEGUNDO.- En primer lugar, alega la parte actora alega que suscribió con la parte demandada un contrato de apertura de cuenta corriente con las correspondientes tarjetas de crédito, que llevaba aparejada una póliza para supuestos de accidentes individuales que establecía un capital asegurado de 6.000 euros para supuestos de invalidez permanente, siempre que esta se hubiera producido dentro del plazo de un año contado desde la fecha del accidente.

En segundo lugar, aduce dicha parte que el Sr. Z sufrió un accidente médico producido en el H U de B y a consecuencia de él sufrió síndrome de cauda equina completo que le generó una afectación de las funciones rectal, vesical y sexual. Alega dicha parte que existió por parte del hospital una falta de medios a disposición del paciente y un retraso en la intervención quirúrgica que le ocasionó el síndrome de cauda equina por lo que las secuelas incapacitantes del Sr. Z son consecuencia directa de un error externo, accidente médico ajeno y externo a su voluntad.

En fecha de 5 de Octubre de 2010, el Sr. Z interpuso reclamación previa ante el Institut Català de la Salut por las lesiones sufridas y en fecha de 4 de Noviembre de 2010 la incapacidad permanente. En fecha de 1 de Junio de 2011, la parte actora interpuso recurso contencioso administrativo contra la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial y en fecha de 31 de Julio de 2012, se procedió al archivo de las actuaciones por un acuerdo extrajudicial tras el reconocimiento de los daños y perjuicios, por parte del Institut Català de la Salut, ocasionados al Sr. Z consecuencia del accidente sanitario obteniendo éste en fecha de 27 de Junio de 2012, el finiquito de aceptación de la indemnización de daños y perjuicios.

Arguye la parte actora, que en Diciembre de 2010 presentó ante la parte

demandada Caixa Penedes, la documentación médica para la tramitación del siniestro de incapacidad absoluta, siendo desestimada la petición por entender la parte demandada que la invalidez permanente que padecía el Sr. Z estaba excluida de la póliza contratada al tener origen en una enfermedad común.

Alega la parte actora que las lesiones sufridas por el Sr. J M F Z no son debidas a un accidente común sino un accidente ajeno a su voluntad que por lo tanto está incluido en la póliza contratada entre las partes del presente procedimiento.

Por todo ello, solicita se dicte sentencia por la que se estime íntegramente la demandada y se condene a la parte demandada a abonar a la parte actora la cantidad de X.XXX,XX euros, desglosados en la cantidad de X.XXX euros en concepto de indemnización por la póliza y XX,XX euros en concepto de gastos derivados del pago del burofax enviado a la entidad bancaria, más los intereses legales del artículo 20 LCS y costas procesales.

La parte demandada se opone a lo alegado de contrario.

En primer lugar, alega la parte demandada la falta de acción y del derecho de la parte actora para reclamar. La póliza objeto de este pleito no fue contratada por el Sr. F Z sino que fue contratada por Caixa Penedés con CEP d'Assegurances Generals, S.A, y Caixa Penedes. Alega la parte demandada que al ser el Sr. F Z cliente de la entidad bancaria al haber suscrito un contrato, “regaló” la póliza al Sr. F Z. Por lo tanto, aduce que al ser una póliza contratada entre CEP y Caixa Penedes y no por el Sr. Z, éste no tiene acción para reclamar.

En segundo lugar, aduce que el accidente que sufrió la parte actora no tiene la consideración de accidente según el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro.

Arguye que la póliza en cuestión “póliza de seguro de accidentes individuales”, únicamente otorga cobertura a los riesgos específicamente descritos en el apartado “Riscos Garantits” teniendo esta condición los fallecimientos o incapacidades permanentes (totales o parciales) causadas por accidente, entendido éste según lo establecido en el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro y, no según la legislación laboral, como lesión corporal debida a causa fortuita, imprevisible externa y ajena a la voluntad del asegurado. Alega que la lesión sufrida por el Sr. F Z no deriva de un accidente concreto sino de un error sanitario no garantizado en la póliza, y que dichos daños derivan de un proceso degenerativo padecido por el Sr. F Z

que no tiene relación con el concepto de accidente del artículo 100 LCS.

Por todo ello, solicita se dicte sentencia por la que se desestime íntegramente la demanda y se absuelva a la parte demandada de las pretensiones de la parte actora con imposición a ésta las de costas procesales.

TERCERO.- Son dos las cuestiones controvertidas sobre las que esta juzgadora debe dilucidar: la primera de ellas consiste en determinar si la parte actora tiene derecho a accionar contra la parte demandada y; y la segunda de ellas, si la lesión sufrida por la parte actora tiene la consideración de enfermedad común o por error médico y si está cubierta o no por la póliza suscrita. Y para ello, debemos acudir a la prueba practicada en el acto de juicio oral que no es otra que la documental obrante en autos.

Respecto de la primera cuestión ya anunciada, alega la parte demandada que el Sr. Z no tiene derecho a accionar contra ella básicamente porque no fue parte de la póliza objeto de autos, puesto que las partes que intervinieron en la póliza fueron Caixa Penedés y CEP d'Assegurances Generals, S.A, decidiendo Caixa Penedes “regalar” la póliza al Sr. F Z por haber suscrito un contrato de apertura de cuenta corriente.

La primera consideración que debemos exponer y acudiendo al documento número 1 foliado 12 aportado por la parte actora, consistente en la póliza de seguros de accidentes individuales, es que estamos en presencia de un contrato de seguro que tiene cabida en el artículo 1 de la Ley de Contrato de Seguro según el cual “es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”.

Como todo contrato presenta una serie de elementos personales que son el asegurador, el tomador del contrato y el beneficiario. **El asegurador** ha de ser necesariamente una entidad aseguradora autorizada e inscrita en el Registro del Ministerio de Economía; **el tomador del contrato** es quien lo celebra con el asegurador, por cuenta propia, siendo a su vez el asegurado, titular del interés o persona asegurada, o bien por cuenta ajena, siendo el tercero asegurado una persona determinada (contratación a nombre del asegurado); y por último, junto al tomador o contratante y el asegurado, el contrato puede estipularse a favor de tercero designado para percibir la indemnización o capital, a quien se denomina **beneficiario**.

Conforme a lo anteriormente expuesto y analizando el referido documento, se observa claramente que el tomador de la póliza es Caixa del Penedes y que el asegurado es J M F Z , siendo por tanto éstas las partes del contrato, por lo que el Sr. J M F Z tiene plena acción y derecho a reclamar frente a la parte demandada al entender que Caixa Penedes no ha cumplido con el contrato suscrito entre dichas partes, cuestión que será objeto de estudio en el siguiente fundamento. Por otra parte, del documento foliado 105 se extrae claramente que CEP es una marca registrada por la empresa Caixa d'Estalvis del Penedes, es decir, que se trata de un departamento de la propia entidad, pudiendo ser considerada la misma parte que Caixa Penedes.

Por último, cabe mencionar que dicha póliza no puede tener la consideración de “regalo”, sino que es un contrato aparejado a otro contrato, el de apertura de cuenta corriente por tenerlo así estipulado la entidad bancaria, y sin que se pueda contratar uno sin el otro, no siendo un regalo sino una imposición al contratante, siendo en este caso el Sr. F Z beneficiario de los dos contratos suscritos.

CUARTO.- Y en segundo lugar, debemos analizar la cuestión de la enfermedad del Sr. F Z y su inclusión o no en la póliza contratada.

La discusión entre las partes es clara y está perfectamente delimitada, ya que mientras la parte actora sostiene que las lesiones sufridas por el Sr. F no eran debidas a una enfermedad común sino a un accidente externo y ajeno a su voluntad como consecuencia de la mala praxis médica producida en el Hospital U de B , y que al ser reconocido por el Institut Catalá de la Salut la indemnización de daños y perjuicios y al serle reconocida la incapacidad permanente, dicho accidente se incardina como riesgo cubierto por la póliza cuya indemnización reclama.

Mientras que la parte demandada sostiene que las lesiones, no controvertidas, de la parte actora son debidas a una enfermedad común de la misma y no son un accidente en el modo establecido en el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, por lo que no está cubierto por la póliza.

En este caso debemos también acudir a la prueba documental obrante en la presente litis. Por la parte demandante se aporta:

El documento número 1 foliado 12, es la póliza de seguros.

El documento número 2 foliado 14, consiste en la reclamación previa, para instar un procedimiento de reclamación patrimonial ante la administración pública, efectuada

por la parte actora ante el Institut Català de la Salut.

El documento número 3 foliado 26, consiste en un dictamen de propuesta de la comisión de evaluación de incapacidades del Ministerio de Trabajo a la dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por el que el Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social acepta íntegramente el contenido de este dictamen propuesta elevándolo en el día de la fecha, 5 de Noviembre de 2010, a definitivo, siendo dicho dictamen propuesta de incapacidad permanente en grado de absoluta.

El documento número 4 foliado 27, consiste en un informe del Instituto Guttmann.

El documento número 5 foliado 29, consiste en el recurso administrativo formulado por la parte actora contra la reclamación previa.

El documento número 6 foliado 31, consiste en la resolución del Juzgado de lo contencioso-administrativo número 7 de Barcelona por el que se archiva el procedimiento y el documento foliado 33, consiste en el escrito remitido al Juzgado de lo contencioso-administrativo por el que se pone en su conocimiento el acuerdo al que han llegado el Sr. F Z , el Institut Català de la Salut y la compañía Zurich Insurance, según el cual el Institut Català de la Salut reconoce la responsabilidad civil derivada de las actuaciones que se discuten.

El documento número 7 foliado 35, consiste en el escrito por el que el Sr. F reconoce haber recibido la indemnización de la compañía Zurich.

Los documento 8 a 12, consisten en escritos dirigidos a la entidad bancaria Caixa Penedes por parte del Sr. F en reclamación del cumplimiento contractual, y escritos por parte de Caixa Penedes por lo que deniega la tramitación de la petición de indemnización.

Por último, el documento número 13 foliado 41, es el burofax remitido por el Sr. F a Caixa Penedes Assegurances Generals S.A., por importe de XX,XX euros como gastos de tramitación de la reclamación de X.XXX euros.

Por la parte demandada se aporta:

El documento foliado 133, consiste en un informe clínico de resumen de patologías del Sr. F Z de fecha 17 de Febrero de 2014 y documentos foliado 205 y siguientes, consisten en la historia clínica del Sr. F Z .

De una valoración de la prueba documental apreciada en su conjunto, esta juzgadora llega a la conclusión que las lesiones sufridas por el Sr. F Z fueron debidas a la actuación practicada en el Hospital de B , teniendo por tanto la

consideración de enfermedad causada de forma ajena y externa. Y a esta conclusión se llega fundamentalmente, en base al documento número 6 foliado 31 por el que se reconoce por parte del Institut Català de la Salut la responsabilidad patrimonial de las lesiones del Sr. Z siendo indemnizado en dicho concepto, así como el documento 3 foliado 26 por el que se reconoce al Sr. Z la condición de incapacidad permanente. Y por otra parte, analizada la historia clínica del Sr. Z, no se infiere que en ninguno de los documentos anteriores al ingreso hospitalario en fecha de 3 de Julio de 2010, padeciese o tuviese el síndrome que se le causó durante el ingreso hospitalario, y si bien es cierto que el Sr. Z presenta según su historial clínico diversas patologías estas son las que pueden considerarse normales a su edad pero en ningún caso padecía las lesiones que le han surgido a raíz del ingreso hospitalario.

Por todo lo dicho, se considera acreditado que las lesiones sufridas tienen encaje en el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, y por lo tanto acudiendo al estudio de la póliza por el Sr. F Z suscrita, dicha incapacidad permanente por enfermedad ajena y externa queda incluida en uno de los supuestos de riesgos garantizados.

Por todo lo expuesto, la parte actora ha cumplido con las exigencias probatorias del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y ha podido demostrar la pretensión ejercitada, por lo que debe estimarse íntegramente la demanda.

QUINTO.- En relación a los intereses, 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 dispone 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”.

De conformidad con lo expuesto, el mecanismo de la compañía aseguradora demandada, para evitar la imposición de los intereses es consignar una cantidad mínima

dentro del plazo previsto en el artículo 20.3 LCS, y como dicha consignación ni ofrecimiento no consta que se haya efectuado, corresponde a dicha parte abonar a la parte actora los intereses moratorios consistentes en el interés legal del dinero incrementado en el 50% desde la fecha del siniestro.

SEXTO.- En relación a las costas procesales y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil “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”. En este caso, procede imponer las costas procesales a la parte demandada.

Por todo lo cual y vistos los artículos citados y demás de general aplicación, en nombre de su Majestad el Rey don Juan Carlos I de España, y por el poder que me confiere la Constitución Española,

FALLO

QUE ESTIMO ÍNTEGRAMENTE LA DEMANDA interpuesta por la Procuradora Sra. M S , en nombre y representación de J M F Z contra Caixa Penedes Asegurances Generals, S.A., representada por el Procurador Sr. I S y;

DEBO CONDENAR Y CONDENO a Caixa Penedes Asegurances Generals, S.A. a abonar a J M F Z la cantidad de X.XXX,XX euros, más los intereses del artículo 20.3 de la LCS consistentes en el interés legal del dinero incrementado en el 50% desde la fecha del siniestro y el pago de las costas procesales.

La presente sentencia no es firme y contra la misma cabe recurso de Apelación ante la Ilustrísima Audiencia Provincial de Barcelona, que habrá de interponerse en el plazo de

los veinte días siguientes a su notificación y prepararse ante este mismo Juzgado conforme a lo dispuesto en los artículos 457 y siguientes de la Ley 1/2000, de 7 de Enero de Enjuiciamiento Civil.

De conformidad con la disposición 15.4 de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de Noviembre de 2009, complementaria de la Ley de Reforma de la legislación procesal para la implantación de la nueva Oficina judicial, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de Julio, del Poder Judicial, será requisito necesario para recurrir en apelación, constituir un depósito de 50 euros que se consignará en la cuenta de depósitos y consignaciones de este Juzgado.

Notifíquese esta resolución a las partes, cuyo original quedará registrado en el Libro de sentencias quedando testimonio de la misma en estos autos.

Así lo acuerdo, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- La anterior sentencia ha sido leída y publicada por la Sra. Juez que la suscribe, estando celebrando Audiencia Pública en el día de su fecha, de lo que yo, el Secretario, doy fe.