

Audiencia Provincial

AP de Burgos (Sección 3ª) Sentencia num. 66/2014 de 5 marzo

SEGURO DE VIDA: DERECHO AL COBRO DE LA PRESTACION: procedencia: falta de conocimiento por el asegurado, en el momento de suscripción de la póliza, del padecimiento de una enfermedad grave: cuestionario de salud ajustado al conocimiento exigible al asegurado y a su estado de salud en el momento de la firma de la póliza.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 37/2014

Ponente:Ilmo. Sr. D. Juan Sancho Fraile

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 3

BURGOS

SENTENCIA: 00066/2014

AUDIENCIA PROVINCIAL DE

BURGOS

Sección 003

Domicilio : PASEO DE LA AUDIENCIA Nº 10

Telf : 947259950

Fax : 947259952

Modelo : 001370

N.I.G.: 09059 42 1 2012 0007618

ROLLO : RECURSO DE APELACION (LECN) 0000037 /2014

Juzgado procedencia : JDO.DE 1A.INSTANCIA N.2 de BURGOS

Procedimiento de origen : PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000739 /2012

RECURRENTE: AXA AURORA VIDA SEGUROS SA

Procuradora:

Letrado:

RECURRIDA:

Procurador:

Letrado:

La Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Burgos, integrada por los Ilmos. Sres. Magistrados, **D. JUAN SANCHO FRAILE** , Presidente, **D. ILDEFONSO BARCALA FERNÁNDEZ DE PALENCIA** y **Dª MARÍA ESTHER VILLÍMAR SAN SALVADOR** , ha dictado la siguiente.

SENTENCIA Nº 66.

En Burgos, a cinco de marzo de dos mil catorce.

VISTOS , por esta Sección de la Audiencia Provincial de Burgos el Rollo de Sala número 37 de 2.014, dimanante del Procedimiento Ordinario nº 739/12, del Juzgado de Primera Instancia nº 2 de Burgos, sobre reclamación de cantidad, en recurso de apelación interpuesto contra Sentencia de fecha 23 de octubre de 2103, en el que han sido partes, en esta segunda instancia, como demandante-apelada, **Dª**, (quien actúa en su propio nombre y en el de su hijo menor), representada por el Procurador D. y defendida por el Letrado D.; y, como demandada-apelante, la mercantil "**AXA, AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**" , representada por la Procuradora Dª y defendida por el Letrado D.. Siendo Ponente el Ilmo. Sr. D. JUAN SANCHO FRAILE, que expresa el parecer de la Sala.

ANTECEDENTES DE HECHO

1.- Los de la resolución recurrida, que contiene el siguiente Fallo: " Que estimando la demanda presentada por el Procurador Sr., en nombre y representación de DOÑA, quien actúa en su propio nombre y en el de su hijo menor de edad, contra la Cía. de Seguros AXA VIDA S.A. SEGUROS Y REASEGUROS, debo condenar y condeno a la demandada Axa Vida, S.A. a pagar a la actora la cantidad DE CUARENTA Y NUEVE MIL **NO** VENTA Y SIETE EUROS CON QUINCE CÉNTIMOS (49.097,15 euros), más los intereses expuestos precedentemente, así como a las costas del presente procedimiento

2.- Notificada la anterior resolución a las partes, por la representación procesal de la mercantil demandada se presentó escrito interponiendo recurso de apelación, que fue admitido en tiempo y forma. Dado traslado a la parte contraria, para que en el término de diez días presentase escrito de oposición al recurso o de impugnación de la resolución, lo verificó en tiempo y forma, oponiéndose al recurso mediante el correspondiente escrito que consta en las actuaciones; acordándose por el Juzgado, la remisión de los autos a la Audiencia Provincial de Burgos, habiendo correspondido en el reparto general de asuntos, a esta Sección Tercera de la Audiencia Provincial.

3.- Recibidos los autos y formado el correspondiente Rollo de Sala, se turnó de ponencia, señalándose para votación y fallo el día 4 de marzo de 2.014, en que tuvo lugar.

4.- En la tramitación del presente recurso se han observado las formalidades legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

PRIMERO

Por la representación de la parte demandada y apelante, AXA Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, se impugna la sentencia de instancia pretendiendo en esta alzada su revocación y se desestime la demanda, con imposición de costas a la parte contraria.

La parte apelante impugna, en primer lugar, el Fundamento de Derecho Segundo, por entender que existe incongruencia y error en la valoración de la prueba.

Básicamente, se refiere a los diagnósticos tenidos por el asegurado D. y tratamientos seguidos, especialmente, con anterioridad a la Solicitud de Adhesión a Seguro Colectivo, de fecha 11 de septiembre de 2.002, folio 116, requerido para la concesión de un préstamo con garantía hipotecaria.

En primer lugar, interesa subrayar, a este respecto, el Informe de Alta, de fecha 16 de agosto de 2.002, folio 113, del Servicio de Medicina Intensiva.

La fecha de ingreso se produce el día 15 de agosto de 2.002, con un Diagnóstico Principal de Encefalitis y crisis comicial, consignándose antecedentes personales sin interés; trasladándose a Neurología para confirmación de estudio y tratamiento.

Por este Servicio se emite Informe de Alta, de fecha 3 de septiembre de 2.002, folio 114, en el que se hace constar, por las distintas pruebas complementarias realizadas,

que ponen de manifiesto "un proceso expansivo frontal izquierdo, sugestivo de tumor primario del SNC. A pesar de ello se completó tratamiento antibiótico y antiviral y se realizó un control de RM que apoyaba el diagnóstico de proceso tumoral".

No se califica este proceso tumoral, y dado los hallazgos se traslada al Servicio de Neurocirugía para realizar biopsia esteroatáxica.

Por este otro Servicio se informa, a fecha 8 de abril de 2.003, folio 120, que "la biopsia cerebral realizada el día 3-9-02 fue normal", realizándose resección de la lesión cerebral el día 4 de marzo de 2.003, mediante craneotomía y extirpación macroscópicamente total de la lesión. El Informe de la Anatomía Patológica se diagnostica como "astrocitoma fibrilar grado I-II. Bordes quirúrgicos: infiltración focal por un astrocitoma grado I".

Es decir, que hasta conocer el resultado de este informe no se pudo catalogar la lesión cerebral -posterior a las solicitudes de adhesión a las Pólizas, y con anterioridad la biopsia fue normal y las imágenes de control demuestran la estabilidad de sus lesiones, decidiéndose después la recesión de las mismas-.

Bien es verdad que, en el Informe de Medicina Intensiva de 5-3-03, folio 291, se alude a un diagnóstico previo de astrocitoma mediante biopsia esteroatáxica; pero la referencia a ésta es de normal, folios 120 y 309.

Segundo

SEGUNDO

La cuestión, entonces, es si a la fecha de la adhesión a la Póliza de Seguro, el conocimiento que el asegurado tenía de su enfermedad, su diagnóstico y pronóstico.

Del resultado probatorio antes expresado, se desprende que, hasta el 4 de marzo de 2.003, después del boletín de adhesión (11 de septiembre de 2.002), no se diagnostica el tumor cerebral, astrocitoma, por lo que no podía conocer su padecimiento a esa fecha. Las revisiones de los años 2.004, 2.005 y la resonancia magnética de 2.007 resultaron normales, hasta el año 2.009 que se diagnostica un tumor maligno y fallece, por un glioblastoma multiforme.

Así lo entiende el Dr. Ramón cuando informa que "No necesariamente, pues aunque en agosto de 2002 se le diagnóstico una lesión cerebral frontal izquierda, la biopsia realizada el día 03-09-02 fue normal, y en ella, las imágenes de control demuestran estabilidad de sus lesiones, decidiendo a posteriori la resección de la misma.

La intervención quirúrgica fue realizada el 04-03-03, y a partir de entonces es

cuando por el resultado del informe de anatomía patológica (Astrocitoma fibrilar grado I-II. Bordes quirúrgicos: infiltración focal de la lesión) se pudo catalogar la lesión".

Y aun cuando la biopsia fuera incompleta o parcial, como señala el Dr. folio 225, tal cosa, no es imputable al asegurado, y lo que podía conocer es el resultado dado, no siéndole exigible mayor conocimiento.

Conviene subrayar que la parte apelante no impugna el Fundamento de Derecho Tercero de la Sentencia recurrida, en el que, entre otra argumentación, se expresa la suscripción del boletín de adhesión, con sus datos personales y la opción elegida, limitándose el asegurado "a manifestar su voluntad de unirse al grupo, subrogándose, a partir de ese momento, en la posición jurídica del tomador del seguro"; siendo el contrato de seguro como una cláusula de garantía, formando parte de un contrato principal.

Quiere decirse con esto que las declaraciones contenidas en el boletín de adhesión se relativizan y tienen carácter instrumental, como garantía, para suscribir el contrato de préstamo.

No obstante, las casillas marcadas en el boletín de adhesión, pueden considerarse correctas, en razón al conocimiento que el asegurado tenía de su estado de salud al momento de suscripción del boletín mencionado, superado el episodio de agosto de 2.002 y el resultado de la biopsia, que no equivale a lo que comúnmente se conoce como una intervención quirúrgica, como tratamiento curativo específico de una patología previamente diagnosticada.

La condición de gravedad de ese episodio, como enfermedad de esa entidad, no consta que así fuera apreciada y puesta en conocimiento del asegurado.

Además, como puede observarse en la pregunta 3, superpuesta a la impresa, figura la expresión "HEREDEROS LEGALES", lo que introduce confusión sobre qué aspecto corresponde la contestación -confusión que no procede imputar al adherente-.

Por otro lado, la Aseguradora, ha venido cobrando la prima regularmente, no ha impugnado la Póliza hasta después del fallecimiento del asegurado, y ha aceptado el siniestro parcialmente -ha abonado 10.000 euros- lo que viene a suponer el reconocimiento de la virtualidad jurídica de la Póliza.

Fuera el asegurado el que rellenara el cuestionario del boletín de adhesión, valorando su propia situación y las respuestas, u otra persona, como agente de la Aseguradora, no se aprecia dolo por parte del asegurado, pues su actuación fue correcta, no maliciosa, ocultando intencionadamente algún dato conocido que fuera

relevante para contestar el cuestionario, sino que fue ajustado al conocimiento exigible y estado de salud al momento de rellenar el boletín de adhesión.

La aseguradora contesta a la parte actora, folio 100, justificando el abono de 1.0.000 euros, en el desconocimiento de unos antecedentes médicos que se omitió mencionar en la declaración de salud que sirvió de base para confeccionar el seguro.

Se entiende que, la declaración de salud, se corresponde al cuestionario de la Solicitud de Adhesión, que es algo más restringido -contestación afirmativa o negativa a cuatro preguntas- no propiamente una relación de antecedentes médicos, ni acaso, los relacionados a las preguntas 2, 3 y 4, supuesto de contestarse afirmativamente. Por eso, la contestación a la demanda, se refiere, correctamente, al cuestionario, que es lo realmente solicitado al asegurado, y lo que es pertinente, al momento de efectuarse.

Tercero

TERCERO

La parte apelante se refiere al tema mencionado anteriormente, el cuestionario, que la sentencia de instancia trata en el fundamento Jurídico Cuarto. Se considera que en el documento de solicitud consta un cuestionario parco y genérico, partiendo de lo dispuesto en el artículo 10 que establece el deber del tomador del seguro de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Corresponde al asegurador someter al asegurado al cuestionario con todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo; ha de ser comprensivo de todas esas circunstancias, como se desprende del propio precepto; siendo responsabilidad del asegurador.

El precepto legal delimita el deber a lo que el cuestionario contiene, y la iniciativa es del asegurador. Es un deber de respuesta, correlativo al deber del asegurador de detallar las circunstancias que considere relevantes.

Además, las respuestas ha de darlas en razón al conocimiento que tenga de las circunstancias preguntadas, valorándose si, éstas, estaban o no suficientemente objetivizadas y con la precisión de ser conocidas por el asegurado al momento de dar las respuestas.

No se trata que el asegurado tenga una enfermedad -que se califica como grave en el cuestionario-, sino en el conocimiento que el asegurador tenga de una enfermedad

que implique un estado de salud "actual" (al momento de dar la respuesta) que le permita precisar como malo, consecuencia de una enfermedad "grave", esto es, de entidad e importancia para la vida de una persona.

Que las casillas las rellenara otra persona o las valorara de acuerdo con la información facilitada por el asegurado, no es determinante en el presente caso, pues la información no podía llegar más allá del conocimiento del asegurado, y respecto de las preguntas contenidas en el cuestionario, pues no consta que se le solicitara mayor información o datos no figurados en el mismo.

Del resultado probatorio expuesto anteriormente, no se desprende que el asegurado tuviera conocimiento que padecía una enfermedad grave. Como reconoce la parte apelante, el resultado de la biopsia le fue entregado el día 12 de septiembre, al día siguiente de suscribir la póliza; y el resultado fue normal. Lo que debiera ser informado, no equivale a que lo fuera, como de su trascendencia; y todo esto, antes de firmar la solicitud de adhesión y rellenar el cuestionario.

Al no aportarse a las actuaciones el condicionado general, se desconoce los términos de la regulación del cuestionario y el aspecto limitativo que pudiera contener, como excepción al riesgo cubierto, así como la necesaria aceptación por parte del asegurado.

La apreciación probatoria de la Juez de Instancia, de no estar acreditado que el asegurado conociera en septiembre de 2.002 que padecía una enfermedad grave ni su eventual evolución, es acorde con el resultado probatorio.

Este Tribunal ha tenido ocasión de pronunciarse sobre estas cuestiones en Sentencia nº 28/2.011, de 27 de enero (Rollo de Apelación nº 411/2.010), de la que interesa recordar la argumentación siguiente: "La Ley del Contrato de Seguro, Ley 50/1980 supuso en materia del deber de declaración del asegurado una regulación distinta a la que hasta entonces hacía el artículo 381 del Código de Comercio. El artículo 381 establecía la nulidad del contrato de seguro por la inexacta declaración del asegurado, aun hecha de buena fe, que pueda influir en la estimación de los riesgos. En las mismas circunstancias, sin embargo, el artículo 10 LCS solo exonera al asegurador del pago de la prestación si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro. Y el artículo 89 de la misma Ley, de aplicación preferente para los seguros de vida, aunque se remita casi en todo al artículo 10, solo habla de dolo del tomador del seguro, aunque la doctrina entienda que deba incluirse también el supuesto de culpa grave. Por lo tanto, la falta de veracidad, si se produce de buena fe, no exonera a la compañía de seguros del pago de la indemnización. Razones de protección al asegurado motivaron la nueva regulación, para defenderlo de las nuevas formas de

contratación en las que la compañías de seguros imponían su voluntad, tanto en el contenido de las pólizas mediante al recurso a contratos de adhesión, como en la propia libertad para contratar en el caso de los contratos vinculados. Este cambio de regulación también se dejó sentir en la obligación que el artículo 10 impone al asegurador de someter al tomador del seguro a un cuestionario de las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo. Y la reforma llevada a cabo por la Ley 21/1990 fue más allá en la protección del asegurado al añadir un tercer párrafo al artículo 10 que terminaba exonerando del deber de veracidad si el asegurado no somete al tomador del seguro el cuestionario, o cuando aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Una recta inteligencia del artículo 10 LCS obliga a poner en contacto la respuesta al cuestionario del asegurador con la obligación de veracidad del asegurado, pero no a calificar como conducta dolosa toda infracción del deber de veracidad. Que ello no es así, además de la alusión al dolo o a la culpa grave, se demuestra porque no todo incumplimiento del deber de veracidad conlleva la posibilidad de que la compañía de seguros rescinda el contrato, si la compañía es consciente de la inexactitud antes de la producción del siniestro, o la liberación del pago de la prestación si el siniestro ya se ha producido. En estos casos el artículo 10 LCS establece una primera consecuencia para la infracción del deber de veracidad, que es la reducción de la prestación en la misma proporción en la que se hubiese aumentado la prima si el asegurador hubiese conocido la verdadera entidad del riesgo. Solo si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro, dice el artículo 10, quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Cuarto

CUARTO

Tampoco la jurisprudencia ha calificado siempre como constitutivas de dolo o culpa grave algunas respuestas inveraces al cuestionario, algunas de las cuales pueden ser similares a la que aquí se ha producido. Circunstancias tales como la antigüedad de la enfermedad, la poca o nula influencia en el resultado, la falta de concreción de las preguntas, pueden hacer que la falta de veracidad no merezca el calificativo de dolosa.

La STS de 3 de octubre de 2003 no considera dolosa la respuesta negativa a la pregunta sobre si se ha padecido alguna enfermedad grave o limitación física, a pesar de que el asegurado había sufrido diabetes, porque la diabetes no se considera una enfermedad grave y porque el asegurado falleció por una cardiopatía.

La STS de 12 de abril de 2004 tampoco consideró dolosa la ocultación por la asegurada de que había padecido un cáncer de estómago, siendo así que en la fecha de contratación del seguro ya se encontraba curada de esta enfermedad, falleciendo posteriormente de un cáncer de ovarios.

Por el contrario la STS de 23 de noviembre de 2005 considera dolosa la ocultación de una enfermedad antigua cuando en el cuestionario se pregunta precisamente por esa enfermedad. "No cabe duda -se dice- de que en el «cuestionario» del que se habla, debió hacerse figurar la referida crisis pues se le pregunta al asegurado directamente sobre ella, y es aún más exigible si en la póliza se duplica el capital asegurado a pagar si no sufre el asegurado una enfermedad de ésta clase en determinado período desde su suscripción".

La STS de 15 de julio de 2005 no consideró dolosa la ocultación de haber padecido una enfermedad hepática porque en la fecha de la contratación del seguro "su función hepática era normal, y en tal sentido se manifiesta el resultado de las analíticas que se le efectuaron, su actividad era normal y no tenía prescrito tratamiento médico específico alguno", y ello a pesar de que el fallecimiento tuvo lugar como resultado imprevisible de la dolencia anterior.

La STS de 15 de diciembre de 2005 no considera dolosa la respuesta negativa a la pregunta ¿tiene alguna alteración física o funcional? a pesar de que en la fecha de la contratación del seguro hacía 18 meses que el asegurado había sido tratado de cirrosis, con ingreso hospitalario, y de que falleció diez años después "por descompensación de su cirrosis hepática, con hemorragias digestivas por varices esofágicas y erosiones gástricas".

La STS de 8 de noviembre de 2007 es particularmente aplicable porque el asegurado oculta una lesión de fractura de rodilla en una pierna afectada de poliomielitis, resultando posteriormente incapacitado por la falta de uso de las dos piernas a consecuencia de una nueva fractura en la pierna sana. En este caso se tuvo en cuenta la evidencia de la poliomielitis que no pudo pasar desapercibida para el agente que intervino en la contratación.

Finalmente la STS de 31 de diciembre de 2003 , en un supuesto en que fue el agente el que rellenó el cuestionario respondiendo el asegurado negativamente a todas las preguntas, no se consideró dolosa la ocultación de unos dolores lumbares consecutivos de una espondilitis anquilosante, que fue la que determinó la incapacidad de la asegurada. Se dice en esta sentencia algo que también puede ser de aplicación a este supuesto, que "no debe dejar de señalarse por último, como atinadamente hace también la sentencia recurrida, la propia vaguedad del

cuestionario".

Respecto de esta última cuestión, la Sentencia de este Tribunal, continúa argumentado: "Se ha destacado también la propia vaguedad del cuestionario. En este sentido la respuesta negativa a una pregunta como la de si se ha padecido a lo largo de la vida alguna enfermedad o limitación física supondría siempre la infracción del deber de veracidad, pues cualquiera hubiera debido responder afirmativamente. Ciertamente, poniendo en relación el cuestionario con la redacción del artículo 10, la pregunta en cuestión debe referirse a enfermedades o limitaciones que puedan influir en la valoración del riesgo. Ahí es donde puede apreciarse la buena o mala fe del asegurado, si a pesar de ser consciente de su limitación y de que la misma influye en la valoración del riesgo, la oculta precisamente por eso. Ahora bien, en este caso no se aprecia malicia en la reserva u ocultación".

"La buena o la mala fe también pueden valorarse a la vista de los términos del cuestionario. Esto es así porque si la mala fe se predica de la respuesta que se da a las preguntas del cuestionario no es lo mismo una pregunta concreta que no admite más que una respuesta, que una pregunta vaga o general, ni es lo mismo una pregunta general con varias respuestas posibles, que una pregunta general con una sola respuesta, ni es lo mismo que la respuesta obre de propia mano del asegurado, a que la respuesta consista en una cruz puesta sobre una casilla posiblemente por el agente del asegurador que redacta el documento. En este caso la pregunta que se hace es genérica, y la respuesta consiste en un sí o un no. No se pregunta por enfermedades o limitaciones concretas que puedan influir en la valoración del riesgo, sino por cualquier enfermedad o limitación en general, y la respuesta es una cruz que posiblemente puso el agente. Todo lo cual abunda en la falta de la necesaria mala fe para apreciar el dolo o la culpa grave en la respuesta al cuestionario".

Argumentación que es aplicable al supuesto procesal.

La parte apelada opone, respecto de este motivo de impugnación, la caducidad de la impugnación por la inexactitud de las declaraciones del tomador del seguro que influyen en la estimación del riesgo, conforme al artículo 89 de la LCS

Esta cuestión carece de trascendencia jurídica, respecto de las pretensiones deducidas por las parte, de acuerdo con lo argumentado hasta el momento.

No obstante, puede añadirse que no ha mediado dolo, y ha transcurrido un año desde la fecha de su conclusión; prevaleciendo sobre lo dispuesto en el artículo 10 de la LCS , para reducir o disminuir la prestación.

Quinto

QUINTO

Por último, la parte apelante impugna la condena al pago de los intereses del artículo 20 de la LCS alegando causa justificada para eximirse de su abono, al incurrirse en una valoración errónea de la prueba -ex artículo 20-8 de la LCS -.

Se argumenta que existen dos elementos objetivos, el cuestionario médico y la enfermedad -las respuestas al cuestionario no casaban con la situación real de su estado de salud-, existiendo, por tanto, motivos de peso para rechazar el siniestro por causa justificada, a la vista de los antecedentes médicos, que excluían el riesgo, al padecer el asegurado un tumor cerebral que le condujo a la muerte -enfermedad anterior a la suscripción de la póliza-.

La sentencia de instancia no aprecia causa justificada para su no imposición ya que debió abonar toda la cantidad pendiente, no pudiéndose ver liberada por haber pagado 10.000 euros.

Sobre los dos aspectos o elementos objetivos alegados por la parte apelante, ya se ha argumentado para concluir en la irrelevancia jurídica para eximir del pago de la indemnización. La Aseguradora puede disentir o controvertir en razón de estos aspectos, pero ello no comporta, como causa justificada, la falta de abono.

Pero es que, en el supuesto procesal, en realidad, el siniestro es admitido, solo que con una reducción de la indemnización (no es rechazado), ocho meses después del fallecimiento del asegurado, documento 9 de la demanda, folio 76 (fallecimiento 3 de diciembre de 2.009) y carta de agosto de 2.010, y se acusa recibo de solicitud y documentación de cobro prestación de fallecimiento el 12-02-2010, folio 74); con reiteradas reclamaciones posteriores -documentos 11 y siguientes de la demanda-.

No puede desconocerse que el plazo de impugnación había transcurrido, y no se cuestionaba, propiamente, la cobertura del siniestro -aceptado, pero con unas consecuencias parciales-, sin que la actividad probatoria de la parte demandada haya permitido apreciar las Condiciones Generales, que estaban a su disposición, y sobre el tema de la declaración y cuestionario controvertido, y valorar la razonabilidad jurídica de su oposición en este aspecto, eventualmente integradora de una causa justificada para no abonar la integridad de la indemnización, que se ha estimado pertinente.

Sexto

SEXTO

En consecuencia, procede la desestimación del recurso de apelación y la

confirmación de la sentencia recurrida, con imposición de las costas procesales, causadas en esta alzada, a la parte apelante, y no apreciarse circunstancia legal que justifique otro pronunciamiento, a tenor de lo dispuesto en el artículo 398-1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil

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

F A L L A M O S

Desestimar el recurso de apelación y confirmar la sentencia recurrida, con imposición de las costas procesales, causadas en esta alzada, a la parte apelante.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se unirá certificación al Rollo de apelación, notificándose en legal forma a las partes, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.