

Audiencia Provincial

AP de Islas Baleares (Sección 3ª) Sentencia num. 115/2013 de 14 marzo

Seguro.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 649/2012

Ponente:Illma. Sra. Catalina Mª Moragues Vidal

AUD.PROVINCIAL SECCION N. 3

PALMA DE MALLORCA

SENTENCIA: 00115/2013

Rollo núm.: 649/12

S E N T E N C I A N º 115

ILMOS. SRES.

PRESIDENTE:

Don Carlos Gómez Martínez

MAGISTRADOS:

Don Gabriel Oliver Koppen

Doña Catalina Moragues Vidal

En Palma de Mallorca a catorce de marzo de dos mil trece.

VISTOS por la Sección Tercera de esta Audiencia Provincial, en grado de apelación, los presentes autos de juicio Ordinario, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia número 5 de Palma, bajo el número 1562/10 , **Rollo de Sala número 649/12**, entre partes, de una como actor-apelante don Jose Ramón , representado por la Procuradora doña y asistido por el Letrado don de otra, como demandada-apelada DKV Seguros y Reaseguros S.A., representada por el

Procurador don y asistido por el Letrado don

ES PONENTE la Ilma. Sra. Magistrada doña Catalina Moragues Vidal

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el/la Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a Juez del Juzgado de Primera Instancia número 5 de Palma, se dictó sentencia en fecha 29 de mayo de 2012 , cuyo Fallo es del tenor literal siguiente: "Que debo desestimar y desestimo parcialmente la demanda formulada por don procurador de los Tribunales, en nombre y representación de don contra DKV Seguros y Reaseguros y debo condenar y condeno a la entidad demandada DKV Seguros y Reaseguros S.A., a que abone al actor la cantidad de 330'09 euros, cantidad ya consignada en autos, imponiendo a la actora el pago de las costas procesales". En fecha 4 de julio de 2012, se dicto auto aclaratorio del tenor literal siguiente: "Estimar la petición formulada en el sentido que se indica: La cantidad a cuyo pago es condenada la entidad demandada es de 300'09 euros, ya consignada, y no 330'09 euros".

SEGUNDO.- Contra la expresada sentencia, y por la representación de la parte actora, se interpuso recurso de apelación, que fue admitido y seguido el recurso por sus trámites se señaló para votación y fallo 15 de Febrero de 2013.

TERCERO.- En la tramitación del presente recurso se han observado las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

PRIMERO

Constituye el objeto de la presente alzada la sentencia que concluye la primera instancia resolviendo *desestimar parcialmente* la demanda formulada por don Jose Ramón contra la entidad aseguradora DKV SEGUROS Y REASEGUROS, demanda mediante la que se pretendía por el actor la condena de la aseguradora demandada a abonarle la cantidad de 30.143,28 euros, suma conformada por las siguientes partidas: A) al amparo de los riesgos cubiertos por la póliza nº NUM000 , denominada "Master Renta" -que cubre las contingencias de incapacidad laboral transitoria y hospitalización- se reclaman las cantidades de 12.909,60 € por el siniestro acaecido el 16 de junio de 2008, más 594 € por el siniestro ocurrido el 28 de mayo de 2010, sumando un total de 13.503,60 €; y B) al amparo de los riegos cubiertos por la póliza nº NUM001 , denominada "Master Salud" -que cubre hospitalización y cirugías, los restantes 16.639,68 €. La antedicha resolución resuelve condenar a la aseguradora demandada a abonar del total reclamado únicamente la cantidad de 300,09 € por el siniestro ocurrido el 28 de marzo de 2010, consistente en quemadura sufrida en mano

que provocó la incapacidad laboral del Sr. durante 15 días, por considerar, la juzgadora "a quo", que el actor comunicó el siniestro con posterioridad a los siete días previstos para ello, y al haber sido ofrecida dicha suma al actor con anterioridad a la demanda, el tribunal "a quo" impone las costas procesales causadas a la parte actora.

Se alza frente a la meritada resolución el demandante, don que solicita de este Tribunal su revocación y el dictado de otra, en su lugar, por la que se estime la demanda, esgrimiendo en fundamento de tal pretensión revocatoria las alegaciones que, resumidamente, se pasan a exponer: A) En cuanto a la lesión de rodilla, diagnosticada de *artritis séptica de rodilla*, que provocó su ingreso hospitalario el 16 de junio de 2008, se imputa a la juzgadora "a quo" una errónea valoración y apreciación de la prueba practicada, pues, del acervo probatorio se infiere, por una parte, que el cuestionario de salud fue rellenado por el agente de la aseguradora sin la presencia del asegurado, resultando de aplicación la doctrina contenida en la sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares (Sección 5ª) de 15 de diciembre de 2005, y, por otra parte, se afirma que no procede apreciar la preexistencia de la patología relativa a dicha rodilla, pues no existe prueba que relacione de manera directa y sin duda alguna el ingreso hospitalario del actor, ocurrido el 16 de junio de 2008, con el accidente de moto ocurrido el 8 de agosto de 1993, ya que, conforme al informe médico emitido el 30 de noviembre de 1993, se dio de alta hospitalaria al actor en dicha fecha al estar la "*pequeña fistula, circunscrita a nivel de polo superior sin observar afección de componentes óseos, cerrada*", no apareciendo con posterioridad secuela alguna y así se demuestra por la falta de intervención, tratamiento, cura o asistencia practicada al Sr. no es hasta el año 2001 en el que el actor asiste a consulta en el Hospital de Manacor por un traumatismo producido en rodilla izquierda de 6 meses de evolución, y es desde entonces que se produce el cuadro de fistulización e inflamación padecido por el demandante. Niega la parte apelante que el origen de la patología del actor se sitúe en el accidente de tráfico ocurrido en el año 1.993, siendo el perito de la aseguradora el único que así lo manifiesta, sin embargo, no puede sustentarse sobre dicho dictamen la conclusión de *preexistencia* pues la misma no aparece en ninguno de los informes médicos elaborados por los servicios públicos de salud a los que acudió el actor, y, en especial el emitido por el traumatólogo doctor en el que consta "sin filiación conocida" -doctor cuya confusa declaración en el acto del juicio oral únicamente puede explicarse por el hecho, conocido en dicho acto, de formar parte del cuadro médico de la aseguradora-, por lo que, y, en todo caso, se concluye que es dudosa la preexistencia predicada por la compañía aseguradora. B) En cuanto al siniestro consistente en quemadura en la mano ocurrido el 28 de mayo de 2010 y a causa del cual el actor permaneció 15 días de baja, hasta el 1 de junio de 2010, justifica el tribunal "a quo" su

fallo parcialmente estimatorio en la falta de comunicación en el plazo de 7 días, cuando, afirma, lo cierto es que tal obligación se ubica en el condicionado general de la póliza que no está firmado por el asegurado sin que tampoco se diga por que medio debe hacerse tal comunicación, que, en el presente caso, fue telefónica, no habiendo acreditado la aseguradora que tal comunicación se hizo fuera de plazo, no sirviendo, a tales efectos, la comunicación interna de su propio agente de seguros por ser una manifestación de parte y porque, además, de su tenor se puede colegir que ya conocía el siniestro con anterioridad a la misma. Subsidiariamente y para el supuesto de que no se estimaran los anteriores motivos solicita la parte apelante la no imposición de costas por concurrir en el presente caso dudas de hecho.

La aseguradora demandada se opone al recurso interpuesto de adverso y solicita la confirmación de la sentencia apelada.

SEGUNDO

En el caso sometido hoy a la decisión de este Tribunal, no es objeto de debate que en el mes de agosto de 1997, las partes concertaron dos contratos de seguro, el primero denominado MASTER RENTA, en el que se aseguraban dos contingencias: la *incapacidad laboral transitoria* y la *hospitalización*, y, la segunda póliza, denominada MASTER SALUD, que cubría la *cirugía* y también la *hospitalización*. Tampoco es objeto de debate la ocurrencia de los dos siniestros en base a los cuales se reclama la correspondiente indemnización, el primero correspondiente al ingreso hospitalario ocurrido el 16 de junio de 2008 y, el segundo, el 28 de mayo de 2010 en que el Sr. Jose Ramón sufrió quemaduras en la mano. La juzgadora "a quo" desestima la demanda al entender que concurren en el presente caso los supuestos de exclusión de la cobertura, pese a ser consideradas como cláusulas limitativas, consistentes en, por una parte, la omisión de información, por parte del actor, al rellenar el cuestionario de salud y, por otra, la preexistencia de la lesión o enfermedad, en cuanto al siniestro acaecido el 16 de junio de 2008; y, en cuanto al siniestro acaecido en el año 2010, por apreciar que lo comunicó a la aseguradora luego de haber transcurrido el plazo de 7 días.

Se dice en la sentencia apelada, y no se discute por ninguna de las partes que, "*en el presente caso, las cláusulas que excluyen la cobertura del seguro en los casos de omisiones en la declaración del estado de salud y origen en enfermedad o lesión preexistente al seguro han de ser consideradas cláusulas limitativas de derechos por cuanto excluyen, dentro de la cobertura propia del seguro (es decir, producido el riesgo asegurado), la obligación de la aseguradora de indemnizar conforme a las reglas generales de la póliza. Por ello deberán ser interpretadas de forma restrictiva y sólo podrán ser oponibles al asegurado/tomador en caso de que hayan sido*

expresamente aceptadas por éste ". Y, a la vista de los documentos nº 1 y 2 de la contestación a la demanda, concluye la juzgadora "a quo" que, en relación a los cuestionarios de salud, fueron rellenos por el agente de la aseguradora "a la vista de las manifestaciones realizadas por el asegurado" y que éste debió leerlos antes de su firma, por lo que tiene por plenamente acreditado que el actor Sr. Jose Ramón fue sometido al cuestionario de salud que constan en la meritada documental. Pues bien, es el parecer de este tribunal que asiste la razón a la parte apelante cuando afirma que los cuestionarios fueron rellenos a máquina por la aseguradora sin la presencia del asegurado, y que, atendiendo a las circunstancias en que se cumplimentó el cuestionario de salud para cada una de las pólizas, debe concluirse que en el presente caso existe una falta de verdadera y seria presentación del cuestionario. En efecto, de la documental aportada por la parte demandada y señalada como documentos nº 1 y 2, consistente el primero en la póliza denominada MASTER SALUD, obrante al folio 163 y 163 vuelto, debe señalarse de forma clara y contundente que la "declaración de estado de salud" (folio 163 vuelto), se halla rellena a máquina y no existe firma del asegurado en dicha página, por lo que respecto a dicho seguro deberá concluirse que no le fue presentado al asegurado el cuestionario de salud; pero es que, además, y a los efectos del relleno a máquina de dicha póliza y la poca credibilidad de su contenido, es de resaltar que no existe respuesta alguna al apartado 8, relativo a si tiene contratado algún otro seguro de indemnización por hospitalización y/o cirugía, cuando el mismo día se firmaba la otra póliza donde se cubría el riesgo de hospitalización, hecho del que el agente de la aseguradora era perfectamente conocedor. En cuanto a la póliza denominada MASTER RENTA, cuyo cuestionario se contiene en el documento nº 2, se halla igualmente relleno a máquina y, la única prueba que alega la aseguradora sobre la presentación en forma de dicho cuestionario al asegurado consiste en el examen testifical del agente que en el año 1997 tramitó las pólizas, cuya declaración debe ser valorada conforme se dispone en el artículo 376 LEC, esto es, conforme a las reglas de la sana crítica, tomando en consideración la razón de ciencia que hubieren dado y las circunstancias que en ello concurran, en el presente caso ser dicho testigo agente de la compañía demandada; pero es que, además, el agente no recuerda si llevaba la máquina de escribir al visitar el domicilio del actor o tomó nota a mano y los relleno después (téngase en cuenta que las pólizas se concertaron en el año 1.997). En tal tesitura, y tal como se predica por la parte apelante, procede traer a colación la doctrina jurisprudencial recaída en aplicación del artículo 10 de la Ley del Contrato de Seguro que, como es sabido contempla el deber de todo tomador del seguro de declarar al asegurador, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por aquél conocidas y que puedan influir en la valoración del riesgo. La sentencia de esta misma Audiencia

Provincial de 15 de diciembre de 2005 , citada por la parte apelante, recaída en un supuesto en que ambas partes concordaban que el cuestionario de salud fue rellenado mediante ordenador por el empleado del banco y firmado por el asegurado, recordaba que tal circunstancia en alguna STS es calificada como equivalente a "una falta de presentación del cuestionario, cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado, y sí, en todo caso, sobre el agente de la asegurada" (STS de 31 de mayo de 1.997). En otra sentencia del Alto Tribunal, como la de 24 de junio de 1.999 , tal dato "ab initio" se consideraba irrelevante por el hecho de estar firmado por el interesado, y se presumía que abarca a toda su integración instrumental. La STS de 31 de diciembre de 2.003 contiene un resumen de la doctrina jurisprudencial sobre el particular al señalar que, "en algunas ocasiones la jurisprudencia de esta Sala ciertamente ha considerado irrelevante que el cuestionario no fuese cumplimentado materialmente por el propio asegurado (p.ej. SSTS 24-6-99 y 15-10-03 en recursos núm. 1951/93 y 4275/97 respectivamente). Pero no es menos cierto que en otras, atendiendo a las relaciones de conocimiento o proximidad entre agente y asegurado y al grado de instrucción de éste, sí se ha valorado dicha circunstancia para descartar el dolo o la culpa grave del asegurado. Así, en la sentencia de 6 de abril de 2001 (recurso núm. 878/96) , tras dejar constancia de la doctrina que favorecía a la asegurada, se razonaba del siguiente modo: "Sin embargo, sobre un supuesto de hecho muy similar al resuelto por la sentencia ahora impugnada, esta Sala ha declarado que: "El deber impuesto al tomador del seguro de contestar verazmente al cuestionario que se le someta, declarando todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo (artículo 10 de la Ley 50/1980) , exige, a su vez, que por el asegurador se haya presentado a aquél el correspondiente cuestionario; declarado por la sentencia recurrida que la agente de la aseguradora recurrente fue quien rellenó el cuestionario que el tomador del seguro se limitó a firmar, ello equivale a una falta de presentación del cuestionario cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado" (sentencia de 31 de mayo de 1997).

En el presente caso, y atendiendo a las circunstancias en que se cumplimentó el cuestionario, se declara por este Tribunal, como ya se ha dicho, que ello equivale a la falta de una verdadera y mínimamente seria presentación del cuestionario a que se refiere el párrafo primero del art. 10 LCS , lo que determina la imposibilidad de que el asegurado incurriera en dolo o mala fe. La STS de 25 de noviembre de 1.993 indica que "en cualquier caso la violación del deber de declaración ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos; de manera que no se trata solamente de calificar la conducta del declarante asegurado como de buena fe o de mala fe, sino sobre todo atenerse el Tribunal a la objetividad de si la conducta del asegurado o tomador del

seguro viene a frustrar la finalidad del contrato para su contraparte al proporcionarle datos inexactos o manifestar una actitud de reserva mental que le viene a desorientar e impulsar a celebrar un contrato que no hubiera concertado de haber conocido la situación real del tomador del seguro". En el presente caso, las pólizas de autos se suscribieron el 20 de agosto de 1.997, y, el accidente por el que estuvo hospitalizado el actor, ocurrió en el mes de agosto de 1993, constando en autos el informe de alta emitido en el mes de noviembre del mismo año por el Hospital do Meixoeiro (Galicia), en el que se hace constar que el paciente permanece *afebril, asintomático y la fístula está cerrada* . De manera que, aun en el supuesto de considerar que se hubiera presentado al actor el cuestionario de salud, no se constata que en el presente caso hubiera reticencia ni reserva mental, no actuando, por tanto con dolo o culpa grave, pues el accidente de tráfico había ocurrido cuatro años antes y las heridas habían curado totalmente, no existiendo desde entonces hasta la suscripción de las pólizas incidente sanitario referido a dicha cuestión.

En cuanto a la cuestión relativa a la *preexistencia* de la enfermedad, no comparte la Sala el parecer del tribunal "a quo", por cuanto, y dejando expresamente sentado que no constan firmadas las condiciones generales de cada una de las pólizas suscritas y su efectiva entrega al asegurado en el año 1997, lo que únicamente se afirma por el agente don, de la documentación médica aportada consta que, en el mes de febrero de 2001, el actor acudió al servicio de urgencias del Hospital de Manacor, en el que se relata que acude por dolor y tumefacción en rodilla izquierda y que " *hace 6 meses tuvo un traumatismo casual y desde entonces derrame intratricular con salida de exudado blanquecino a través de dos puntos a nivel suprarotuliano, no fiebre ni afectación del estado general*" . Del informe del Hospital de Inca de fecha 18 de julio de 2008, cabe destacar lo siguientes: "Paciente de 34 años sin antecedentes médicos de interés, hace 15 años sufrió un accidente de tráfico con traumatismo abierto, posteriormente la herida cerró completamente sin fistulización..." Se da de alta en dicha fecha con el siguiente diagnóstico: "Artritis séptica crónica postraumática por corynebacterium con osteitis asociada". Pues bien, en ninguno de los documentos hospitalarios e historias médicas relativas al actor, se realiza afirmación alguna que permita deducir sin género de duda que la lesión en base a la cual se solicita la aplicación de las indemnizaciones previstas en las pólizas suscritas fuera preexistente a la fecha de la firma de éstas, año 1.997. Ciertamente es que el actor sufrió un accidente en el año 1.993 que le afectó a la rodilla izquierda, pero curó de dicha lesión, siendo dado de alta y no fué hasta el año 2001 que acude al servicio de urgencias y, como ya se ha dicho, consta en el informe de dicho servicio que " *hace 6 meses tuvo un traumatismo casual y desde entonces derrame intratricular con salida de exudado blanquecino a través de dos puntos a nivel suprarotuliano, no fiebre ni afectación del estado*

general". Y fue a partir del citado año que el actor presentó algunos episodios de fistulización y signos inflamatorios. Lo que afirma el perito de la aseguradora es que el germen *pudo* quedarse en el interior de la rodilla en el año 1993 de manera latente y luego por otras causas, como una herida -recuérdese que en el año 2001 sufrió un traumatismo- pudo producirse la supuración apareciendo la fistula; pero ello es insuficiente para tener por acreditada la preexistencia desde el año 1993 como causa de exclusión de la cobertura, dada su falta de certeza a tales efectos pues si lo que desencadena la lesión del año 2008 es el golpe cerrado ocurrido en el año 2000-2001, difícilmente puede borrarse la duda de que hubiera ocurrido de no producirse el golpe en el año 2000-2001.

TERCERO

.- En relación al siniestro acaecido el 28 de mayo de 2010, por el que se reclaman 594 euros por los 15 días de baja del actor, es el parecer de la Sala que también el motivo merece ser acogido pues resulta indiscutida la realidad del mismo y los días de baja padecidos por el Sr. siendo que la causa de que se reconozca en la sentencia apelada el derecho a percibir únicamente la mitad del importe indemnizatorio reside en que el actor no comunicó a la aseguradora en el plazo de siete días la ocurrencia del siniestro, cuando, lo cierto es que no consta en autos dicha circunstancia y, si, por el contrario, que el actor y su familia siempre se han dirigido al agente don Olegario para cualquier comunicación con la demandada, y así se reconoce por dicho agente al contestar a la pregunta décima de las que le fueron formuladas, manifestando que, "cuando precisan algo, le llaman a él y que le consta que D. tuvo varias bajas por Incapacidad pero que no recuerda las fechas. Que para las bajas, le llamaban a él y le pasaban tanto los partes de baja como de alta para su tramitación en la compañía"; no consta, además, que la aseguradora le formulara a dicho testigo pregunta o repregunta alguna relativa a dicha cuestión, por lo que deberá concluirse que resulta irrelevante que el agente remitiera a la aseguradora la documentación del siniestro el día 11 de junio, ya que tal hecho en nada empece que el actor hubiera notificado al agente la ocurrencia del siniestro antes del transcurso de los 7 días de plazo. En consecuencia, el motivo debe prosperar.

CUARTO

.- La reclamación del Sr. se concreta en la suma de 30.143,28 euros, conformada por las siguientes partidas: A) al amparo de los riesgos cubiertos por la póliza nº NUM000 , denominada "Master Renta" -que cubre las contingencias de incapacidad laboral transitoria y hospitalización- se reclaman las cantidades de 12.909,60 € por el siniestro acaecido el 16 de junio de 2008, más 594 € por el siniestro ocurrido el 28 de mayo de 2010, sumando un total de 13.503,60 €; y B) al amparo de los riesgos

cubiertos por la póliza nº NUM001 , denominada "Master Salud" -que cubre hospitalización y cirugías, los restantes 16.639,68 €.

Se explicita en la demanda que sobre las cantidades previstas en ambas pólizas para las contingencias de *Hospitalización y Cirugía* y *hospitalización e incapacidad laboral transitoria* , así como los días correspondientes y los concretos importes de cada una de las partidas se aplica un 5% de revalorización. En la contestación a la demanda la aseguradora demandada niega, en cuanto a la póliza nº NUM001 , Master Salud, que se hubiera contratado revalorización alguna, y, además, en aplicación de las condiciones generales y conforme a los baremos en ellas incluidos afirma que deberían aplicarse los porcentajes sobre el capital base establecidos en dichas condiciones generales. Respecto de la póliza Master Renta entiende que la Incapacidad cesa el 6 de octubre de 2008, y cuantifica el módulo de bajas diarias y subsidio hospitalización en función de considerar que la cuantía diaria asciende a 39,16 € en lugar de los 39,60 € fijados por la parte actora.

En relación a la concreta cuantificación de las partidas indemnizatorias, entiende la Sala que, tal como se afirma por la aseguradora, no existe en la póliza denominada Master Salud pacto alguno referido a la revalorización aplicada por la parte actora, por lo que en relación a las coberturas de dicha póliza deberá fijarse en 1.800 € por cirugía y 90,15 € por hospitalización, lo que nos da un resultado de 7.200 € por las cuatro intervenciones quirúrgicas y 2.883,80 por 32 días de hospitalización, en total: 10.083,80 €, en lugar de 16.639,68 € que se pretende en la demanda. Sin embargo, y en relación a las restantes partidas se estima por la Sala que al tratarse de porcentajes de reducción previstos en la cláusulas generales no resultan de aplicación al no hallarse debidamente firmadas y aceptadas por el asegurado y resultando debidamente acreditada la baja por incapacidad transitoria. En consecuencia a todo ello, se fija en 23.587,40 € la cantidad a abonar por la aseguradora demandada, estimándose así en parte la demanda interpuesta por don Jose Ramón , lo que conduce a la no imposición de costas a ninguna de las partes litigantes conforme se establece en el artículo 394.2 LEC.

QUINTO

En atención a las razones anteriormente expuestas procede, con la estimación del recurso, la parcial revocación de la resolución recurrida en los términos ya examinados, lo que conduce a que no se haga especial declaración sobre las costas de esta alzada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 398.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Asimismo y de conformidad con lo dispuesto en la Disposición Adicional

Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial introducida por la LO 1/2009 de 3 de noviembre, apartado 8, se decreta la devolución a la parte apelante del depósito constituido para recurrir.

FALLAMOS

1º) SE ESTIMA EN PARTE EL RECURSO DE APELACION interpuesto por don, representado en esta alzada por la procuradora Sra. contra la sentencia de 29 de mayo de 2012 , dictada por la Ilma. Sra. Magistrada Juez del Juzgado de Primera Instancia nº 5 de Palma, en el procedimiento de juicio ordinario seguido bajo el número 1.562/2010 del citado juzgado y del que trae causa la presente alzada, y, en consecuencia, DEBEMOS REVOCAR Y REVOCAMOS dicha resolución, y, en su lugar:

Se estima en parte la demanda interpuesta por don contra la entidad DKV, SEGUROS Y REASEGUROS SA, representada por el procurador Sr., condenado a dicha demandada a abonar al actor don la cantidad de 23.587,40 euros, con más sus intereses legales y sin expresa condena en costas a ninguna de las partes litigantes.

2º) Sin expresa imposición a ninguna de las partes de las costas procesales causadas en esta alzada.

3º) Se decreta la devolución a la parte apelante del depósito constituido en su día para apelar.

Así, por esta nuestra sentencia, definitivamente juzgando en esta alzada, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACION.- Dada y pronunciada fue la anterior Sentencia por los Ilmos. Sres. Magistrados que la firman y leída por el Ilmo. Magistrado Ponente en el mismo día de su fecha, de lo que yo la Secretario certifico.