

# Audiencia Provincial

## AP de Granada (Sección 3ª) Sentencia num. 250/2009 de 29 mayo

**SEGURO:** DEBER DE DECLARACION DEL RIESGO: obligación del tomador antes de la conclusión del contrato: incumplimiento: improcedencia: seguro de incapacidad permanente absoluta: omisión por el tomador de litiasis biliar y renal y de haber estado de baja laboral por ello: irrelevancia: pregunta genérica del cuestionario sobre el padecimiento de enfermedad sin especificar si la misma es grave o leve: litiasis considerada como episodio accidental, pasajero, banal y frecuente, dada la edad de 50 años del tomador: cuestionario relleno por empleado del banco asegurador limitándose el tomador a firmarlo: circunstancia que equivale a una falta de presentación del cuestionario de salud: incapacidad absoluta por diabetes, cirrosis hepática, anemia por hiperesplenismo y trastorno ansioso depresivo.

**Jurisdicción:**Civil

Recurso de Apelación 130/2009

**Ponente:**Ilmo. Sr. D. José Requena Paredes

La Sección 3ª de la Audiencia Provincial de Granada **estima** el recurso de apelación de la parte actora contra la Sentencia de fecha 04-12-2008, del Juzgado de 1ª Instancia núm. 12 de dicha localidad.

AUDIENCIA PROVINCIAL DE GRANADA

SECCIÓN TERCERA

ROLLO Nº 130/09 - AUTOS Nº 746/08

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 12 DE GRANADA

ASUNTO: JUICIO ORDINARIO

PONENTE SR. JOSÉ REQUENA PAREDES.

**SENTENCIA Nº 250**

ILTMOS. SRES.

PRESIDENTE

D. JOSÉ REQUENA PAREDES

MAGISTRADOS

D. JOSÉ M<sup>a</sup> JIMÉNEZ BURKHARDT

D. ENRIQUE PINAZO TOBES

En la Ciudad de Granada, a veintinueve de mayo de dos mil nueve.

La Sección Tercera de esta Audiencia Provincial constituida con los Iltmos. Sres. al margen relacionados ha visto en grado de apelación -rollo nº 130/09- los autos de Juicio Ordinario nº 746/08, del Juzgado de Primera Instancia nº 12 de Granada, seguidos en virtud de demanda de D. contra BBV Seguros, S.A.

#### ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Que, por el mencionado Juzgado se dictó resolución en fecha 04 de diciembre de 2008 , cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: "Que debo desestimar y desestimo la demanda formulada por Don, en nombre y representación de Don contra BBVA Seguros, S.A. de Seguros y Reaseguros, debiendo absolver y absolviendo a la demandada de los hechos objeto de este procedimiento y con expresa condena en costas a la parte actora."

SEGUNDO.- Que contra dicha resolución se interpuso recurso de apelación por la parte demandante, oponiéndose la parte contraria; una vez elevadas las actuaciones a este Tribunal se siguió el trámite prescrito y se señaló día para la votación y fallo, con arreglo al orden establecido para estas apelaciones.

TERCERO.- Que, por este Tribunal se han observado las formalidades legales en ésta alzada.

Siendo Ponente el Iltmo. Sr. Magistrado D. JOSÉ REQUENA PAREDES.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

##### PRIMERO

En base al contrato de seguro de vida, incapacidad permanente absoluta y otras coberturas, el actor, como tomador del seguro suscrito el 26 de diciembre de 2000, formuló demanda en reclamación de 51.605'36 €, suma asegurada para el caso de acontecer el riesgo asegurado relativo a la incapacidad absoluta por enfermedad, que le fue judicialmente declarada por sentencia de 20 de diciembre de 2005 por diabetes mellitus, cirrosis hepática, anemia por hiperesplenismo y trastorno ansioso-depresivo

que, en conjunto, habían agravado su situación, administrativamente declarada, de incapacidad permanente total por resolución del INSS de 20 de mayo de 2002.

La sentencia, acogiendo la oposición de la aseguradora, desestimó la demanda con base en el art. 10 de la LCS al entender que el actor faltó a la verdad al responder al cuestionario de salud en cuya consideración se celebró el contrato y, contra esta decisión, se alza el demandante denunciando error en la valoración de la prueba al haber prescindido de circunstancias relevantes que, valoradas conforme a criterios jurisprudenciales, excluye la intención defraudatoria que se le reprocha. A este motivo añade la infracción de los arts. 10 y 89 de la L.C. de Seguro , alegando en su desarrollo, y a modo de tres submotivos concurrentes, que el apelante, al no tener diagnosticada la enfermedad hasta 11 meses después de suscribir la póliza, no faltó a la verdad; que la declaración de salud no fue rellenada por el tomador, lo que equivale a falta de presentación; y la inexistencia de relación entre las bajas transitorias previas y la enfermedad desencadenante de la incapacidad, cuya omisión sería constitutiva, a lo más, de una culpa leve que no liberaría a la aseguradora de su obligación de pago en cumplimiento del contrato. Finalmente, y con carácter subsidiario, denuncia también infringido el art. 394 de la LEC, ante la imposición de costas.

## SEGUNDO

Planteado así el recurso, el motivo principal emplaza a la Sala a una revisión de todo el acervo probatorio así como de las consecuencias extraídas en relación con la copiosa Doctrina legal recaída en la materia, de la que procede hacer distintas puntualizaciones.

De entrada cabe señalar, con la STS de 4 de marzo de 2008 , que la infracción del deber de declaración por parte del tomador del seguro que oculta hechos relevantes para el mismo libera al asegurador del deber de prestar la indemnización convenida y así lo proclaman, desde criterios conformes con los propios fundamentos de la sentencia de instancia, entre otras, las SSTS de 31 de mayo de 2004, 9 de junio de 2006 y 7 de febrero de 2007

El deber de declaración se proyecta sobre el estado de salud como cuestión nuclear respecto a la eficacia del contrato en cuanto que, una vez probado que faltándose intencionadamente o mediando culpa grave a la verdad en la respuesta del cuestionario sobre el estado real del asegurado, la compañía aseguradora quedará liberada de su prestación aún sucediendo el riesgo objeto de la cobertura. Así, la STS de 15 de noviembre de 2007 con cita en la de 1 de junio de 2006, sintetiza el alcance con que la Jurisprudencia ha configurado este deber contemplado en el art.

10 de la L.C.S ., señalando que: "A través del deber de la declaración del tomador del seguro de las circunstancias que delimitan el riesgo que se quiere que sea cubierto por el asegurador, aflora de manera nítida el carácter del contrato de seguro como de máxima buena fe. En efecto, se sabe que, siendo tan importante la delimitación del riesgo, ésta no puede llevarse a efecto sin la colaboración del futuro contratante, que es quien únicamente conoce ciertas circunstancias y detalles. El asegurador, sólo con mucha dificultad y dentro de un ámbito limitado, puede procurarse una información directa sobre el concreto riesgo que pretende asumir, por lo que necesita la ayuda de ese futuro contratante y requiere de él la información precisa para la concreción y valoración del riesgo. Se manifiesta la buena fe precisamente en que el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que hace la otra parte. La actividad aseguradora necesita de la colaboración leal de todos los que deseen la cobertura de los aseguradores. Estos sólo mediante una exacta apreciación del riesgo pueden decidir justamente si asumirlo o no, y en el caso de que decidan por la celebración del contrato, determinar el justo precio o prima que debe pagar el asegurado."

Ahora bien, y sobre todo a partir de la reforma de ese precepto en adaptación por el derecho interno a la Directiva 88/357/CEE, tal exigencia, señala la misma sentencia, se ha concebido "más que como un deber de declaración, en un deber de contestación o respuesta del tomador de lo que se pregunta por el asegurador, ya que éste, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Concepción que se ha aclarado y reforzado, al añadir el último párrafo del citado artículo, que señala que «quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trata de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él». El cambio operado en la concepción de este deber de declaración del riesgo respecto a la que prevalecía en el Código de Comercio ha alterado sustancialmente la normativa anterior. El artículo 10 , en lugar de concebir de una forma general y abstracta los límites del deber del tomador de declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, ha acotado este deber limitándolo a la contestación del cuestionario que le somete el asegurador. Aparece así, como ha quedado dicho, no un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario que tiene su precedente en el derecho suizo. A diferencia del artículo 381 del Código de Comercio , en el que el asegurado estaba obligado a decir todo lo que sabía sobre el riesgo y también a decir exactamente todo lo que dice, el artículo 10 circunscribe el deber de declaración al cuestionario que el asegurador someta al presunto tomador del seguro. El deber de declaración se infringe cuando el riesgo que ha sido descrito y

que se ha tenido en cuenta a la hora de la conclusión del contrato es diverso del riesgo real. Esta infracción resulta de un hecho objetivo, cual es esa diferenciación entre la situación representada y la real ( Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de noviembre de 1993 y 28 de octubre de 1998 )".

En definitiva, y como añade la STS de 8 de mayo de 2008, "cuando el asegurado no declara en el cuestionario de salud al que se le somete, todas las circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo, incurre en reserva o inexactitud, y atendiendo a la objetividad de su conducta, de esta manera viene a frustrar la finalidad del contrato para la contraparte, prescindiendo de su buena o mala fe ( Sentencias de 15-12-1989, 12-7 y 25-11-1993 y 31-12-2001), pues de este modo se infringe un elemental deber por quien pretende asegurarse ante contingencias determinantes de la pérdida de salud, viniendo a matizar la sentencia de 23 de septiembre de 2005 que el conocimiento de la enfermedad que se silencia ha de considerarse relevante para la adopción por la Compañía de una decisión respecto a la aceptación del seguro que se le propone", matizando, "por un lado, que el cumplimiento del deber -o su violación- ha de valorarse, en lo posible, con criterios objetivos (SS. 25 noviembre 1993, 27 octubre 1998, 7 diciembre 2004 ), y, por otro lado, que las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que se omiten, para ser relevantes, son aquellas que puedan influir en la determinación o valoración del riesgo (SS. 9 julio 1994, 2 febrero 1997, 31 diciembre 1998, 14 y 18 junio y 31 diciembre 2002, 3 octubre 2003, 21 abril 2004) constituyendo cuestión de hecho exenta del control constitucional la fijación de si una circunstancia omitida o declarada concretamente influyó o no en la apreciación del riesgo (S. 18 junio 2002 )".

### TERCERO

Desde esta perspectiva el análisis de la Doctrina, siempre circunstancial y variable en relación al caso concreto, pero resolviendo sobre los motivos de oposición de la aseguradora que, como aquí ocurre, opone la infracción del art. 10 , revela como líneas de solución generales que la Jurisprudencia libera a la compañía aseguradora de pagar la suma asegurada objeto de reclamación, desde luego cuando la declaración de incapacidad asegurada ya existía ( STS de 14 de junio de 2006), cuando se silencia la existencia de una enfermedad previamente diagnosticada y era relevante y recibía tratamiento (ejemplo de ello se encuentra en la STS de 31 de mayo de 2004 -hepatitis C crónica activa-; STS de 23 de septiembre de 2005 - cáncer-; STS de 27 de abril de 2006-tumor cerebral-; o STS de 14 de junio de 2007 (gonoartrosis con prolongadas bajas laborales-).

Igual criterio liberador para la aseguradora ha mantenido la Jurisprudencia, analizando sus resoluciones del último lustro, en aquellos supuestos en los que, aún

no diagnosticada la enfermedad antes de suscribir la póliza, el asegurador ya presentaba unos síntomas inequívocos o bases patológicas claras y conocidas que silenció el asegurado, pese a ser preguntado. Así lo expresaron la STS de 23 e noviembre de 2005 (cardiopatía y diabetes); STS de 11 de mayo de 2007 (cáncer con varias biopsias previas y rectorragia); STS de 15 de noviembre de 2007 (cáncer de pulmón). Por su parte la STS de 8 de mayo de 2006 aceptó la rescisión del contrato por silenciar el tomador una espondilitis anquilosante, y la STS de 1 de junio de 2006 , con ciertas prevenciones, aceptó la resolución proporcional de la póliza por culpa leve al ocultarse por el asegurado padecimientos ansioso- depresivos.

#### CUARTO

Pues bien, llegados a este punto, entiende la Sala que asiste la razón al recurrente al discrepar de la atribución de dolo que le reprocha la sentencia por haber ocultado datos relativos a sus largos períodos de baja laboral, que fue una de las preguntas del cuestionario previo a concertar el seguro.

Cabe advertir, de entrada, que la sentencia recurrida no imputa al apelante el haber ocultado una enfermedad concreta y relevante que, por entonces, en palabras del propio perito que dictaminó a instancias de la aseguradora, no estaba diagnosticada sino el silenciar un cuadro o situación, de más de un año de evolución, que el actor padecía de cólicos renales por litiasis (biliar y renal) cuya revelación -señalaba ese perito- hubiera alertado a la aseguradora pasando a efectuar una valoración médica más rigurosa y a sopesar el riesgo asegurado con incremento de la prima en caso de acceder a su cobertura.

Distintas matizaciones, como resultado de la prueba y de las propias alegaciones del recurso, se imponen en respuesta a esa censura sobre el proceder del demandante que fue decisiva para rechazar su pretensión indemnizatoria. La Sala disiente de esa decisión de instancia que, desde una resolución que simplificó la cuestión nuclear del litigio al decantarse por una apreciación de declaración inveraz y dolosa, no entró a valorar otros factores que atenúan o disculpan poderosamente, a la luz de la Jurisprudencia que analizamos, sus respuestas y, sobre todo, sus consecuencias jurídicas.

Momento es de señalar que la falta de prueba sobre el conocimiento real por el tomador del seguro de padecer una enfermedad que es diagnosticada con posterioridad a la suscripción de la póliza de seguro, sin presentar previa patología clara, se ha considerado, por el Alto Tribunal, incompatible con la infracción de veracidad del art. 10 , tanto a título de dolo como de culpa. Ejemplo de ello es la STS de 3 de octubre de 2003, que consideró que el diagnóstico silenciado de diabetes

mellitus -de la que está aquejado el ahora recurrente- un mes antes de suscribir la póliza, carecía de relevancia liberatoria por no ser enfermedad grave y no probarse su relación con la causa final incapacitante (entendiendo que la enfermedad por la que se le pregunta en el cuestionario ha de ser enfermedad grave); STS de 4 de marzo de 2005, tomador que padece episodios banales de salud atribuidos a cervicalgia (que encubrían un tumor diagnosticado 6 meses después de la póliza); STS de 15 de julio de 2005 (hematopatía previa y ocultada al no poder prever el alcance de la misma y su fatal resultado); STS de 15 de diciembre de 2005 , donde el T. Supremo revoca la de instancia y condena a la aseguradora, pese a silenciar antecedentes de hematopatía difusa crónica (probable cirrosis); la STS de 11 de junio de 2007 alcanza igual solución sobre otro dictamen previo de diabetes mellitus; o la de 29 de abril de 2008, que confirma la sentencia de instancia pese a admitir que ocultó la existencia de una úlcera y hernia de hiato preexistentes.

## QUINTO

Expuesto lo anterior, revelador del carácter circunstancial con que en cada caso concreto ha de establecerse el juicio de valoración sobre los factores en que acontece la declaración inveraz o inexacta y las consecuencias de la misma, el núcleo de la cuestión sometido ahora a nuestra consideración se centra en las propias condiciones que se han acreditado sobre el modo, forma y momento en que el tomador apelante hizo esa declaración de salud que, en todo momento sostuvo fue elaborada, redactada y rellenada por el empleado del banco, limitándose a firmarla sin mayor atención, y sobre cuyo alcance y consecuencias también existe una consolidada Doctrina legal que el recurso considera infringido por la sentencia de instancia.

La ya citada STS de 15 de noviembre de 2007 resume el criterio señalando que el deber de "declarar el riesgo, como deber no meramente de carácter formal y abstracto, -que obligue a declarar todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo-, sino concreto, -limitado a las conocidas sobre las que haya sido preguntado en el cuestionario que le somete el asegurador-, implica que la ausencia de cuestionario, o la falta de pregunta al respecto de una determinada circunstancia que pueda influir de manera relevante en la valoración del riesgo, ha de ser soportada por el asegurador, sin que pueda jugar en contra del asegurado; y también, que la constatación de que fue el agente de seguros el que rellenó el cuestionario, limitándose el asegurado a firmar, equivale a la falta de presentación, criterio seguido tanto por la Sentencia de 31 de mayo de 1997, citada, como por otras posteriores (de 6 de abril de 2001, 31 de diciembre de 2003 y 4 de abril de 2007 señalando esta última que al declarar la sentencia recurrida que el

agente de la aseguradora fue quién relleno el cuestionario que el tomador de seguro se limitó a firmar, ello equivale a una falta de presentación del cuestionario, cuyas consecuencias no pueden hacerse recaer sobre el asegurado".

En el mismo sentido se pronuncian, además, la STS de 12 de abril de 2004 ó la de 3 de enero de 2006, considerando que tal proceder es causa de exclusión del dolo salvo que se desvirtúe esa mera afirmación del tomador por el propio agente de seguros o empleado del banco al que se imputa la confección de la declaración al desplazarse contra la aseguradora la carga de esa prueba desde criterios de disponibilidad y facilidad acreditativa. Así lo dice la STS de 17 de octubre de 2007 , y así, a sensu contrario, por dar veracidad el Tribunal a la declaración del agente traído al juicio para desvirtuar la alegación, la STS de 30 e enero de 3007 y la de 10 de septiembre de 2007. Pues bien, en el caso de autos la propia aseguradora demandada no dio opción al recurrente-tomador para explicar los detalles de cómo se confeccionó la declaración de salud, ya que prescindió de su interrogatorio en juicio y la prueba del agente, mediador o empleado tampoco se ha practicado. La aseguradora la propuso en la audiencia previa pero en juicio alegó, sin prueba, que no era posible por haber fallecido el empleado del banco vinculado a la aseguradora y en cuya consideración parece que se gestó u ofertó la póliza de vida e invalidez con coberturas garantizadas que también se extendían a cubrir eventuales saldos deudores con la entidad bancaria con la que dos meses antes el tomador había concertado una póliza para negociación de efectos. Consecuencia de esta falta o imposibilidad de prueba es que la alegación del tomador no se ha desvirtuado y no hay razón para negar credibilidad a ese alegato que viene, además, corroborado objetiva y periféricamente con algunos indicios que la hacen verosímil.

## SEXTO

Así, el propio formato del cuestionario elaborado mediante ordenador; su muy escueto e impreciso contenido de preguntas, respecto de otros modelos, más el uso; el interés de la propia entidad al ofertar el producto dentro de su actividad financiera y la propia imprecisión o inexactitud en datos objetivamente incontestables, al expresar el cuestionario una altura de 1'67 m., muy diferente a la que reflejaba luego el informe médico de 1'56 m (f. 64), o un peso estimado que también se denuncia incorrecto, no descartan la posibilidad de que, efectivamente, se presentara a la firma, una vez cumplimentado el cuestionario y con todas las respuestas en sentido negativo. Pero es más, aunque no fuera así, dado su impreciso enunciado, las contestaciones no dejaban de ser razonables o, incluso, recomendables por el propio empleado al confeccionar el cuestionario.

Dicho de otro modo, preguntar al tomador genéricamente si "ha padecido o padece



alguna enfermedad" sin distinguir entre leve o grave, cuando las mismas son inevitables a lo largo de la vida, resulta irrelevante a los fines del contrato, y la respuesta negativa no supone faltar a la verdad más allá de la propia inexactitud a que invita la pregunta, y lo mismo ocurre con la relativa al tratamiento médico. A la fecha de firmar ese cuestionario, lo único que se conoce es que el apelante padecía un proceso doloroso por cálculo renal, que en la mayoría de los casos y a esa edad (50 años) no deja de ser un episodio accidental, banal y frecuente, que aún declarándose, el propio redactor del cuestionario puede entender superfluo y sin relevancia a los fines asegurativos, salvo que trate de ahondar en otros extremos de persistencia de la afección en la que no entró el cuestionario. Con la siguiente pregunta, que es donde la sentencia recurrida sitúa la infracción intencionada al deber de veracidad, ocurre lo mismo: ¿está Vd. de baja médica, laboral por enfermedad o accidente? Respuesta: No. Lo que es asumible dado el carácter habitualmente pasajero en una afección de "piedra en el riñón" que ninguno de los informes califica de enfermedad patológica.

De esta respuesta la sentencia, acogiendo el énfasis de la aseguradora en ese punto, resalta el que el tomador silenciara (supuestamente) el haber estado entre agosto de 1999 a julio de 2000 en situación de baja por problemas similares; sin embargo la pregunta del cuestionario no iba referida ni exigía referencias a bajas anteriores de ningún tipo y, por tanto, no se faltó a la verdad. El cuestionario, ya lo hemos dicho, es el que fija los límites y contenido de la declaración (STS de 30 de mayo de 2006 ) y si la aseguradora no exige otras respuestas para mejor valoración del riesgo, es ella, y no el asegurado, la que debe pechar con las consecuencias ( STS de 24 de marzo de 2006). El cuestionario, decía la STS de 15 de diciembre de 2005 fija la "declaración del estado de salud del asegurado en un momento cronológico determinado, de forma que algo tan frágil y voluble como es la salud humana, que queda documentalmente estereotipada, cuando por la propia dinámica interna del sujeto la salud puede mejorar o empeorar, sin tener en cuenta, en este momento, que el conocimiento limitado del estado de salud del propio sujeto declarante puede variar rápidamente con grandes dificultades para demostrar ante el asegurador un desconocimiento, que posteriormente vendrá desbordado por la fluidez de los hechos.", y ello para el caso, como admitía la STS de 19 de febrero de 2004, de que se considere no el estado de salud a la fecha de la solicitud sino del contrato bancario (póliza de descuento) celebrado el 24 de octubre de 2000 en cuya consideración -ya dejamos apuntado- parece ser, se ofertó o se exigió la póliza de seguro, momento en el que el tomador ni estaba de baja ni padecía enfermedad concreta alguna, lo que, a mayor abundamiento, lleva al acogimiento, también, de este motivo y a excluir la infracción de los arts. 10 y 89 del CC, al menos a título de

dolo o culpa grave, únicos con entidad para liberar a la aseguradora de un contrato de seguro de vida e invalidez que, cuando se concertó, el tomador-apelante desconocía una enfermedad que no le fue diagnosticada hasta 11 meses después y, por tanto, no habría faltado "al deber que le imponía el art. 10 de la Ley del Contrato de Seguro , y lo sucedido no es más que una traducción en la vida real [dice la STS de 4 de marzo de 2005] de la aleatoriedad consustancial al seguro pero de la que a veces quieren prescindir las aseguradoras para, muy paradójicamente, «jugar sobre seguro»"(vid STS 31 de diciembre de 2002).

Procede, pues, acoger el recurso y, por ende, la demanda, sin mérito para acudir a la aplicación de la consecuencia de la culpa leve, y a la reducción proporcional de la cantidad asegurada, siempre de dudosa procedencia (vid. STS de 7 de junio de 2004 1 de junio de 2006), cuando no improcedente ( STS de 15 de julio de 2005) cuando tal posibilidad, como aquí ocurrió y pese a ser la solución jurídica a la que apuntaba el dictamen pericial aportado por la aseguradora, estuvo en todo momento excluida del debate. No se practicó prueba alguna al respecto y nada cabe, pues, señalar distinto de la propia estimación de la demanda. En sentido contrario, no obstante, vid. también la STS de 4 de enero de 2008.

#### SÉPTIMO

La estimación de la demanda lleva aparejada la condena a los intereses de demora del art. 20 de la LCS y la imposición de las costas de la primera instancia (art. 394 LEC ) sin que proceda, ante el acogimiento del recurso, hacer imposición de las de esta alzada (art. 398 LEC ).

Y por lo que antecede,

#### F A L L A M O S

Que estimando el recurso de apelación interpuesto en nombre del demandante D. contra la sentencia dictada por la lltma. Sra. Magistrado-Juez del Juzgado de 1ª Instancia nº 12 de Granada en Juicio Ordinario nº 746/08 de fecha 4 de diciembre de 2008 , revocamos la misma y, en su lugar, estimando íntegramente la demanda condenamos a BBVA Seguros, S.A. a abonar al actor la cantidad de 51.605'36 €, que devengará el interés del art. 20 de la LCS desde la fecha del siniestro (20 de diciembre de 2005 ) hasta su completo pago, y al de las costas de la primera instancia sin hacer pronunciamiento sobre las de esta alzada.

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

