

## Aspectos generales

### 1. CLÁUSULAS DELIMITADORAS, LIMITATIVAS Y LESIVAS DE LOS DERECHOS DEL ASEGURADO (ART. 3 LCS)

#### 1.1. LA INTERVENCIÓN DE UN TERCERO DE CONFIANZA NO ES SUFICIENTE PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS RECOGIDOS EN EL ARTÍCULO 3 DE LA LCS

*Sentencia de la Audiencia Provincial de Albacete (Sección Primera) núm. 312/2023, de 5 de junio (JUR 2023, 279733)*

Al amparo del artículo 10 de la LRCSCVM, la entidad aseguradora del vehículo causante del accidente de circulación ejerció la acción de repetición contra el conductor y contra el tomador con base en una exclusión, pues el vehículo era conducido por una persona que carecía de permiso de conducir. El seguro fue contratado de forma electrónica con la intermediación de un tercero de confianza.

La Audiencia Provincial considera que, a los efectos de cumplir las exigencias del artículo 3 de la LCS, no es suficiente el recurso al tercero de confianza para acreditar la expresa y específica aceptación por escrito de las cláusulas limitativas. Así, aunque la intervención del tercero de confianza puede acreditar el consentimiento general del tomador para la perfección del contrato de seguro, la ausencia de firma del tomador (ni electrónica ni digital) impide la eficacia de las cláusulas limitativas.

#### 1.2. ES LIMITATIVA LA CLÁUSULA QUE ESTABLECE QUE LOS BIENES DE ESPECIAL VALOR DEBEN PERMANECER EN LA CAJA FUERTE

*Sentencia de la Audiencia Provincial de las Islas Baleares (Sección Cuarta) núm. 464/2023, de 29 de septiembre (JUR 2023, 417200)*

La Audiencia Provincial de las Islas Baleares ha considerado como limitativa la cláusula que establece que los bienes de especial valor (entendidos como los que superen los 6.000 euros) deben estar en la caja fuerte para que puedan ser objeto de cobertura, pues está dirigida a condicionar el derecho a la indemnización objeto de cobertura. En el asunto enjuiciado, los tomadores habían suscrito un seguro de daños

cuyo objeto incluía también la cobertura para cubrir el robo de objetos de especial valor. Los asegurados sufrieron un robo en su vivienda de bienes por valor de unos 120.000 euros, por lo que el carácter limitativo de la cláusula supuso la condena de la entidad aseguradora.

**1.3. LA FIRMA ELECTRÓNICA NO ES VÁLIDA PARA LA ACEPTACIÓN DE CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE DERECHOS DEL ASEGURADO SALVO QUE EL MÉTODO O DESARROLLO CRONOLÓGICO DE LA FIRMA PERMITA INDIVIDUALIZARLA DEL RESTO DE LA DOCUMENTACIÓN**

*Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección Quinta) núm. 463/2024, de 1 de julio*

La Audiencia Provincial de Zaragoza ha resuelto un caso en el que la entidad aseguradora solicitaba el reintegro de la indemnización que había abonado al Ministerio de Transportes, como parte perjudicada, por los daños causados por el asegurado cuando conducía bajo los efectos del alcohol. La entidad aseguradora alegó que este riesgo estaba explícitamente excluido de la cobertura en virtud de una cláusula específica del contrato de seguro de automóviles.

La audiencia provincial examina si el asegurado recibió y firmó dicho contrato y si la firma electrónica cumple las normas legales para aceptar las cláusulas limitativas previstas en las condiciones particulares. A pesar de las inconsistencias en la dirección de correo electrónico utilizada para la entrega, se considera que hay pruebas suficientes para suponer que el contrato de seguro fue tanto emitido como recibido por el tomador. Sin embargo, señala que el uso de un único PIN para firmar electrónicamente múltiples documentos no deja claro si la firma se aplicó en un único acto (desvirtuando así la finalidad del requisito de la doble firma) o si cada cláusula limitativa fue aceptada individualmente. Esta ambigüedad no cumple las normas legales. En consecuencia, dictamina que la firma electrónica específica no es válida para consentir tales cláusulas.

**2. EXISTENCIA DEL RIESGO (ART. 4 LCS)**

**2.1. NO EXISTE NULIDAD EX ARTÍCULO 4 DE LA LCS SI EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO AUN NO EXISTÍA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA RECONOCIENDO LA INCAPACIDAD ABSOLUTA DEL ASEGURADO**

*Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 434/2024, de 1 de abril (JUR 2024, 104184)*

Se reclama la indemnización de la cobertura por incapacidad permanente del seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario. Con anterioridad a la firma

del contrato de seguro, la reclamante se encontraba en tratamiento de salud mental con asistencia psiquiátrica y psicológica, agravándose esta enfermedad tras la firma del contrato de seguro y declarándose en situación de incapacidad permanente absoluta por enfermedad común dos años después de la firma del contrato de seguro.

La sentencia de primera instancia señaló como nulo el contrato de seguro al considerar que cuando se suscribió ya había ocurrido el siniestro, por aplicación del artículo 4 de la LCS. Sin embargo, en segunda instancia se consideró que el objeto de la controversia era si se habían cumplido o no los requisitos del artículo 10 de la LCS, concluyendo que no se cumplían los requisitos puesto que el cuestionario no estaba firmado, revocando así la sentencia de primera instancia.

El Tribunal Supremo dispuso que no podía afirmarse concluyentemente que en el momento de la firma del contrato el siniestro se hubiera producido o estuviera en un trance inexorable de producirse dado que el reconocimiento de incapacidad absoluta se produjo con posterioridad a la firma del contrato de seguro.

### **3. DECLARACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO (ART. 10 LCS)**

#### **3.1. NO CABE LA NULIDAD DE UN SEGURO POR FALSA DECLARACIÓN DEL TOMADOR PARA REHUSAR LA COBERTURA SI NO EXISTE ABUSO DE DERECHO**

*Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Sala Quinta) de 14 de noviembre del 2024, asunto C-646/2022*

El TJUE ha resuelto un caso en el que se analizaba la cobertura de un accidente de un vehículo conducido por un tercero no asegurado, resultando herido el tomador del seguro, que viajaba como ocupante. La entidad aseguradora invocó la excepción de nulidad del contrato de seguro por declaración falsa intencionada, ya que el tomador al suscribir el contrato de seguro indicó que sería el único conductor del vehículo.

Se planteó al TJUE la compatibilidad de la Directiva 2009/103, sobre seguro obligatorio del automóvil, con una normativa nacional que permite oponer la nulidad del seguro al ocupante del vehículo cuando sea también el tomador del seguro y el autor de la falsa declaración intencionada causante de la nulidad.

El TJUE concluye que el hecho de que se haya celebrado un contrato de seguro sobre la base de declaraciones falsas por el tomador, salvo que se aprecie la existencia de abuso de derecho, no justifica invocar disposiciones legales o contractuales que establezcan la nulidad del contrato para oponer dicha nulidad con el fin de eximirse de la obligación de indemnizar a la víctima del accidente.

3.2. UN CUESTIONARIO DE SALUD GENÉRICO NO LIBERA DEL DEBER DE DECLARAR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CÁNCER Y EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, AUN CUANDO FUERAN TRATADOS CON NORMALIDAD

*Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 1503/2023, de 27 de octubre (JUR 2023, 403251)*

De manera similar a su pronunciamiento analizado en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera), de 27 de marzo (RJ 2023, 2338), el tribunal exonera a una entidad aseguradora de su obligación de pago al entender que el tomador, a la sazón asegurado, infringe conscientemente su deber de declarar el riesgo para la cobertura de fallecimiento en un seguro de vida. La ocultación de los problemas de salud no encuentra justificación porque un tercero, empleado del banco, cumplimentara el cuestionario con las respuestas monosilábicas facilitadas por el tomador o porque se le formularan preguntas excesivamente imprecisas que le impidieran representar sus antecedentes ginecológicos y neumológicos, pues no sólo estos últimos eran significativamente relevantes para valorar objetivamente el riesgo (dada su notoria relación con el cáncer de pulmón y estar causalmente relacionados con el siniestro), sino porque además le exigían someterse a controles médicos periódicos que, en su conjunto, determinan y permiten apreciar la influencia decisiva de los antecedentes de salud ocultados.

3.3. NO INCURRE EN DOLO NI CULPA GRAVE EL ASEGURADO AL QUE NO SE LE FORMULARON DIRECTAMENTE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

*Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 1573/2023, de 14 noviembre*

El litigio versa sobre la reclamación de la viuda del asegurado fallecido contra la aseguradora y el banco prestamista, pidiendo el cumplimiento del contrato de seguro de vida suscrito en su día por el esposo, vinculado a un préstamo hipotecario. La demanda fue desestimada en ambas instancias y la controversia en casación se centra en determinar si el asegurado infringió o no su deber de declarar el riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud debido a la existencia de tratamiento farmacológico por patología depresiva previo a la suscripción del seguro.

La sentencia estima el recurso de casación al considerar probado que el cuestionario fue cumplimentado por el agente con las respuestas que facilitó la viuda y que, por tanto, no fue el asegurado quien contestó a las preguntas y el agente aceptó sin reparo que el cuestionario se cumplimentara en esas circunstancias. Así, la compañía debe soportar las consecuencias de haber convertido su deber de presentar al asegurado/tomador un verdadero cuestionario en un mero formalismo. A lo anterior

se une la falta de idoneidad del cuestionario puesto que no había ninguna pregunta objetivamente conducente a que el asegurado pudiera reconocer la preexistencia de una patología depresiva.

3.4. LA ENTIDAD ASEGURADORA NO PUEDE Oponer una EXCLUSIÓN BASADA EN DEFECTOS CONSTRUCTIVOS SI NO COMPROBÓ EL ESTADO DEL INMUEBLE O SOMETIÓ AL ASEGURADO CUESTIONARIO SOBRE EL MISMO AL SUSCRIBIR LA PÓLIZA

*Sentencia de la Audiencia Provincial de Zamora (Sección Primera) núm. 188/2024, de 7 de junio*

La Audiencia Provincial de Zamora revocó el fallo del juzgado de instancia que liberaba a la entidad aseguradora demandada de indemnizar a su asegurado por el desprendimiento de la cubierta de unas naves industriales, al considerar que el siniestro no tuvo lugar a causa del riesgo asegurado (daños por inclemencias meteorológicas), sino a causa de defectos constructivos.

La sentencia razona lo siguiente:

- a) La entidad aseguradora no puede rehusar el siniestro amparándose en aquel motivo o por falta de mantenimiento o conservación de las naves aseguradas, pues le habría correspondido advertir dichas deficiencias en el momento de suscribir el contrato de seguro, siendo supuestamente notorios y visibles, y no constando su ocultación por el asegurado. En consecuencia, la falta de una previa inspección de las instalaciones aseguradas ha de soportarlas en todo caso la entidad aseguradora que omitió tal deber.
- b) No obstante lo anterior, la aplicación de aquella exclusión vaciaría de contenido el contrato de seguro, produciéndose un desequilibrio de contraprestaciones, y, a mayores, el contenido de las condiciones generales no resulta oponible al asegurado por aplicación del artículo 3 de la LCS, que no recibió ni firmó ejemplar de dicho pliego.
- c) Se ha de considerar probada la materialización del riesgo asegurado al haber tenido lugar en la fecha del siniestro una tormenta de intensidad extraordinaria.
- d) A pesar de afectar el siniestro a tres parcelas catastrales distintas, estas fincas formaban un conjunto integrándose en una sola, y presentándose de cara al exterior como un solo inmueble. Bajo esta consideración, se entiende que ha acontecido un solo siniestro y corresponde al asegurado abonar una sola franquicia.

#### **4. PAGO DE LA PRIMA (ART. 15 LCS)**

##### **4.1. EL ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA CONFORME AL SUPLEMENTO DE RENOVACIÓN EXPRESA DEL CONTRATO DE SEGURO, NO PUDIENDO ALEGAR TÁCITA RECONDUCCIÓN NI DESCONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES FIJADAS EN DICHO SUPLEMENTO**

*Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección Decimoséptima) núm. 523/2024, de 3 de julio*

La entidad aseguradora presenta una demanda frente a su asegurado dado que suscribieron un contrato de seguro de crédito cuyo último suplemento establecía su renovación por un período de un año natural, por lo que reclama la prima no abonada. Sin embargo, el asegurado alegó que la entidad aseguradora había modificado unilateralmente las condiciones contractuales, reduciendo el riesgo cubierto de modo injustificado y extemporáneo.

La Audiencia Provincial de Barcelona considera acreditado que el asegurado suscribió el último suplemento y que éste se hallaba firmado por él, por lo que debía conocer su existencia y contenido, no pudiendo esgrimir desconocimiento, ni tampoco alegar una supuesta tácita reconducción o renovación tácita del contrato de seguro anterior.

##### **4.2. LA ADMINISTRACIÓN PUEDE IMPONER QUE EL PAGO DE LA PRIMA SEA ANTERIOR A LA ADJUDICACIÓN DE LA CONTRATA SIEMPRE Y CUANDO SE ESTABLEZCA EN LOS PLIEGOS DE CONDICIONES**

*Resolución del Tribunal Administrativo de Contratación Pública de la Comunidad de Madrid, núm. 62/2024, de 15 de febrero (Rec. 54/2024)*

Una de las sociedades mercantiles licitadoras para la adjudicación de un contrato público presentó recurso especial en materia de contratación para que el Tribunal Administrativo de Contratación Pública aclarase si el recurrente había cumplido fielmente con la obligación de aportación documental acreditativa de las obligaciones que imponen los pliegos en materia de suscripción de los contratos de seguro.

En un primer momento, la mesa de contratación solicitó al recurrente mayor documentación puesto que se apreció que en el apartado de suscripción de seguros existían defectos que inhabilitan dicha documentación como correcta consistente en que no se habían aportado los justificantes del pago de la prima. El recurrente no llegó a aportar los justificantes de pago de la prima sobre la base de que abonaría las primas una vez se le adjudicará la contrata. Al no subsanar los defectos, la oferta del recurrente se tuvo por no presentada.

El Tribunal Administrativo de Contratación Pública desestimó el recurso sobre la base de que los contratos de seguro aportados en el proceso de licitación carecían de la validez necesaria al no estar acompañadas de la acreditación del pago de la prima y toda vez que ya se le otorgó un plazo de subsanación, tampoco resultaba exigible una subsanación de la subsanación porque ello supondría vulnerar el principio de igualdad de trato entre los licitadores. Además, el Tribunal Administrativo concluye que no puede entrar a valorar la pertinencia del momento procesal para solicitar el pago de las primas de los seguros puesto que los pliegos conforman la ley del contrato y vinculan a los licitadores que concurren a la licitación aceptando su contenido vinculándoles en sus propios términos y que la presentación de ofertas supone, por parte del empresario, la aceptación incondicional del clausulado de los pliegos, sin salvedad o reserva alguna. Asimismo, el Tribunal recuerda que el recurrente podría haber impugnado los pliegos de condiciones a fin de evitar que el pago de la prima de las pólizas de seguro fuera anterior a la adjudicación.

## 5. INASEGURABILIDAD DEL DOLO (ART. 17 LCS)

### 5.1. EL ASEGURADO NO INCURRE EN MALA FE POR EL HECHO DE QUE EL TALLER ELEGIDO TENGA PRECIOS SUPERIORES A OTROS TALLERES

*Sentencia de la Audiencia Provincial de Cantabria (Sección Cuarta) núm. 484/2024, de 23 de julio*

La Audiencia Provincial de Cantabria resolvió un caso en el que un taller, tras adquirir los derechos de indemnización de varios propietarios de vehículos asegurados mediante cesión contractual, reclamó a la entidad aseguradora la diferencia entre lo pagado y el coste total de las reparaciones. El taller había acordado reparar los vehículos sin coste para los propietarios y pretende que la entidad aseguradora cubriera la totalidad de los daños dentro de los límites del seguro.

La controversia se centró en dos aspectos: primero, un pago realizado por el deudor cedido al cedente antes de ser notificado de la cesión, lo que podría tener un efecto extintivo según el artículo 1527 del CC. Segundo, la entidad aseguradora cuestionó que el taller aplicara un precio excesivo por la mano de obra en la reparación de otro vehículo cedido.

La sentencia, basándose en el artículo 1257 del CC, establece que la cesión de crédito puede realizarse sin el conocimiento previo del deudor cedido. Hasta que se le notifique formalmente, el deudor puede efectuar pagos válidos al acreedor original; sin embargo, una vez notificado, solo podrá realizar pagos al cesionario. La cesión no exime al deudor de la obligación de satisfacer íntegramente el crédito ni priva al cesionario del derecho a impugnar la extinción de la obligación.

En el presente caso, el cesionario reconoce los pagos efectuados por el deudor al cedente y los deduce de su reclamación. Aunque se reconoce la validez

del pago realizado antes de la notificación de la cesión, el derecho del cesionario a exigir el pago completo del crédito no se ve menoscabado por la decisión unilateral del deudor, independientemente de si el pago parcial fue dirigido al cedente o al cesionario.

Por otro lado, en el caso, se reconoce la libertad del asegurado para elegir el taller sin prueba de la obligación de consulta previa a la entidad aseguradora. No se entiende infringido el artículo 17 de la LCS por el hecho de que el taller de confianza del asegurado tenga un precio de mano de obra superior a otros, en las circunstancias indicadas, y resultando que nada impide que pueda discutirse, como se está haciendo, si la indemnización interesada o la reparación efectuada es adecuada.

## **6. INTERESES MORATORIOS (ART. 20 LCS)**

### **6.1. LA JUDICIALIZACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN CONTRA UNA ENTIDAD ASEGURADORA SOLO JUSTIFICARÁ LA EXENCIÓN DE LOS INTERESES MORATORIOS DEL ARTÍCULO 20 DE LA LCS CUANDO RESULTE IMPRESCINDIBLE Y JUSTIFICADA**

*Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 1322/2023, de 27 de septiembre (RJ 2023, 5902)*

La Sala Primera del Tribunal Supremo ha resuelto la reclamación formulada por un perjudicado contra una entidad aseguradora por vía de la acción directa y analiza, en particular, la procedencia de aplicar los intereses moratorios del artículo 20 de la LCS desde que se evidenció la pérdida de la funcionalidad del riñón.

En primer lugar, se determina que el hecho de que el perjudicado no acudiera a la vía administrativa para reclamar la responsabilidad civil patrimonial de la Administración asegurada no exonera a la entidad aseguradora de tramitar el siniestro y proceder, en su caso, a su liquidación conforme establece el artículo 18 de la LCS.

En segundo lugar, se expone la doctrina sobre la mora del asegurador que, conforme al artículo 20.8 de la LCS, sólo cabe eximir tras judicializarse una reclamación cuando existan razones fundadas y convincentes que avalen la reticencia de la entidad aseguradora a cubrir el siniestro. Sobre qué cabe entender como causa justificada para rehusar la cobertura, estima la Sala que sólo concurre en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar. Esto ocurrirá cuando la resolución judicial resulte imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura. *A sensu contrario*, se declara que no suponen causa justificada las diferencias que puedan existir entre el perjudicado y la entidad aseguradora sobre el importe indemnizatorio del daño sufrido, pues en este caso la entidad aseguradora eludirá su posible mora consignando la cantidad que considere debida.

## 6.2. LA DESPROPORCIÓN DEL DAÑO JUSTIFICA LA APLICACIÓN DE LOS INTERESES DEL ARTÍCULO 20 DE LA LCS

*Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 853/2024, de 11 de junio (JUR 2024, 178825)*

Un paciente de hemorroides y fisura anal fue operado quirúrgicamente y, como resultado, sufrió lesiones en el nervio pudiendo, con graves secuelas físicas y psíquicas. El paciente reclamó a la entidad aseguradora que cubría la responsabilidad civil profesional del médico.

En primera instancia se desestimó la demanda, al no considerar probada la conducta negligente del facultativo. Sin embargo, en segunda instancia se determinó que existía un daño desproporcionado y se condenó a la entidad aseguradora al pago de una indemnización, sin la aplicación de los intereses del artículo 20 de la LCS en tanto que se consideró que existían dudas razonables sobre la responsabilidad del asegurado. Debido a ello, el paciente acudió a casación por infracción del artículo 20.8 de la LCS.

El Tribunal Supremo dispone que, en un supuesto de daño desproporcionado, resulta contradictorio que se aprecie una situación de incertidumbre que permita modular temporalmente el devengo de intereses pues, precisamente por la desproporción, la entidad aseguradora debería haber sido consciente desde el principio del grave resultado lesivo. De la misma forma, considera como fecha inicial del devengo de intereses, la fecha del siniestro en tanto que la entidad aseguradora no pudo demostrar que no tuviera conocimiento del siniestro.

## 7. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES (ART. 23 LCS)

### 7.1. LA RECLAMACIÓN REALIZADA AL ASEGURADO NO INTERRUMPE LA PRESCRIPCIÓN FRENTE A LA ASEGURADORA CUANDO NO SE TRATA DE UNA OBLIGACIÓN SOLIDARIA

*Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 626/2024, de 9 de mayo*

Dos sociedades mercantiles celebraron un contrato de compraventa de unos bienes inmuebles. La vendedora suscribió un seguro de caución como garantía de las cantidades entregadas a cuenta del precio por parte de la compradora.

Posteriormente, la vendedora incumplió su compromiso de entrega de los bienes inmuebles en el plazo pactado, razón por la cual la compradora demandó a la vendedora. La entidad compradora luego cedió el crédito derivado del procedimiento a un tercero, demandante en el litigio que trae aquí causa.

Una sentencia declaró resuelto el contrato de compraventa y condenó a la vendedora a resarcir a la compradora, por lo que la cesionaria del crédito realizó reclama-

ciones extrajudiciales al vendedor y a la entidad aseguradora del seguro de caución más de dos años después de la cesión del crédito.

En primera y segunda instancia se desestimó la demanda, pues (i) no resultaba de aplicación la Ley 57/1968 debido a que la compradora no era consumidora y el crédito provenía de una cesión entre compañías mercantiles, y (ii) la acción estaba prescrita en virtud del artículo 23 de la LCS, ya que habían transcurrido más de dos años desde la cesión del crédito hasta la reclamación a la entidad aseguradora.

Contra la resolución de la Audiencia Provincial de Madrid interpuso recurso de casación la cesionaria del crédito transmitido por la compradora, siendo admitido únicamente el motivo que alegaba la interrupción del plazo de prescripción frente a la entidad aseguradora por reclamaciones extrajudiciales previas al asegurado. Este argumento se desestimó al considerar que las reclamaciones al asegurado no interrumpían la prescripción respecto a la aseguradora, ya que ésta no era parte del litigio original y no existía solidaridad entre las partes en el seguro de caución. Esta cuestión supone un importante matiz respecto al criterio sostenido por el Tribunal Supremo en anteriores resoluciones (por ejemplo, la Sentencia del Tribunal Supremo núm. 1219/2022, de 11 de septiembre), donde había determinado que la reclamación extrajudicial al asegurado también interrumpe la prescripción frente a la entidad aseguradora.

## 7.2. EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN APLICABLE A LAS ACCIONES DE LA LEY 57/1968 ES EL GENERAL DEL ARTÍCULO 1964 DEL CÓDIGO CIVIL Y NO EL PREVISTO EN EL ARTÍCULO 23 DE LA LCS

*Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección Primera) núm. 4096/2024, de 1 de julio (JUR 2020, 4109)*

La parte demandante y compradora de una vivienda al amparo de la Ley 57/1968 reclamó a la entidad aseguradora demandada la totalidad de las cantidades entregadas al promotor a cuenta del precio de dicha vivienda conforme al calendario de pagos pactado, más intereses. La controversia en casación estriba en determinar si el demandante comprador tiene acción contra la entidad aseguradora y, en su caso, si dicha acción está prescrita o no.

En primer lugar, el Tribunal Supremo establece que el comprador tiene acción frente a la entidad aseguradora puesto que su condición de asegurado quedó acreditada en virtud del contrato de seguro de caución suscrito por el promotor.

En segundo lugar, el Alto Tribunal recuerda, haciendo referencia a reiterada jurisprudencia, que el plazo de prescripción aplicable a las acciones de la Ley 57/1968 es el general del artículo 1962 del Código Civil por razones temporales, en lugar del previsto en el artículo 23 de la LCS.

7.3. LA INSUFICIENCIA DE LA IMPRESIÓN DE UN CORREO ELECTRÓNICO COMO MEDIO PARA INTERRUMPIR LA PRESCRIPCIÓN EN RECLAMACIONES DE RESPONSABILIDAD CIVIL

*Sentencia de la Audiencia Provincial de León (Sección Segunda) núm. 229/2024, de 13 de marzo (JUR 2024, 164949)*

La Audiencia Provincial de León ha resuelto un caso en el que se solicitaba una indemnización por los daños sufridos por el ocupante de un vehículo tras atropellar a un perro que irrumpió en la carretera. La demanda se presentó contra la entidad aseguradora que amparaba la responsabilidad civil del dueño del perro.

En este caso, la entidad aseguradora alegó, entre otras cosas, que la acción había prescrito, ya que la demanda se presentó más de dos años después de que las lesiones del demandante se estabilizasen. Por su parte, éste sostenía que interrumpió la prescripción mediante llamadas y correos electrónicos enviados a la entidad aseguradora. Para respaldar su argumento, presentó impresiones de los supuestos correos electrónicos enviados.

La Audiencia Provincial consideró que la acción estaba prescrita pues, al tratarse de comunicaciones electrónicas, la impresión en papel resulta insuficiente, ya que no acredita ni el envío ni la recepción de los correos, ni la realidad de la reclamación previa. Además, se destaca la falta de archivos adjuntos, especialmente aquellos relacionados con la indemnización, así como la omisión de reiterar la reclamación ante la falta de respuesta. También se señala que no se justificó la demora en la reclamación.

7.4. LA ACCIÓN DE REEMBOLSO DEL ASEGURADOR CONTRA EL TERCERO RESPONSABLE CARECE DE UN PLAZO DE PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICO Y SE RIGE POR LA NATURALEZA DEL CRÉDITO SUBROGADO CONFORME AL HECHO QUE ORIGINÓ LA RESPONSABILIDAD DEL TERCERO

*Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección Primera) núm. 484/2024, de 1 de julio*

La Audiencia Provincial de Barcelona ha proferido sentencia en un caso en el que una entidad aseguradora reclamaba el recobro de la indemnización abonada a su asegurado, una comunidad de propietarios, frente a dos individuos que ocupaban un inmueble sin título y provocaron un incendio que causó daños a la comunidad.

En el trámite de apelación los demandados alegaron la prescripción de la acción ejercitada por la entidad aseguradora. La audiencia provincial resolvió que el plazo de prescripción aplicable a la acción de subrogación es el correspondiente a la naturaleza

del crédito, determinado por el hecho que originó la responsabilidad del tercero, sin que dicho plazo se vea alterado por la subrogación de la entidad aseguradora en la titularidad del crédito. En consecuencia, en este caso resultaba aplicable el plazo de la responsabilidad civil extracontractual, pero no el previsto para el contrato de seguro en el artículo 23 de la LCS.