



**JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA N.2
LEON**

ANA M^a PASCUA APARICIO
PROCURADORA

FECHA NOTIFICACIÓN
29.11.2023

SENTENCIA: 00261/2023

UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO

AVDA. INGENIERO SAENZ DE MIERA, 6, (C.I.F. S-2400033-C)
Teléfono: 987895189, Fax: 987895188
Correo electrónico: instancia2.leon@justicia.es

Equipo/usuario: EQ1
Modelo: N04390

N.I.G.: 24089 42 1 2022 0004986

ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000 /2022

Procedimiento origen: /

Sobre OTRAS MATERIAS

DEMANDANTE D/ña. _____
Procurador/a Sr/a. ANA MARIA PASCUA APARICIO
Abogado/a Sr/a. SANTIAGO PASCUA APARICIO
DEMANDADO D/ña. _____
Procurador/a Sr/a. _____
Abogado/a Sr/a. _____

SENTENCIA N°261/2023

León, a 27 de noviembre de 2023

Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia N° dos de León, y su Partido, ha visto los presentes autos de **PROCEDIMIENTO ORDINARIO N° /2022** seguido entre partes, de una como actora D^a _____ representada por la Procuradora Ana Pascua Aparicio y bajo la dirección letrada de Santiago Pascua Aparicio y como demandada ASEGURADORA _____) representada por la Procuradora _____ v bajo la dirección letrada de _____ } sobre reclamación de cantidad por accidente de tráfico.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Que por la Procuradora Pascua Aparicio en la representación que anteriormente se menciona, se presentó escrito de demanda, en el que tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que en el mismo constan y que por



brevedad se dan por reproducidos, termina suplicando se dicte en su día sentencia por la que se condene a la ASEGURADORA a abonar a mi mandante la cantidad de DIECISIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN EUROS CON TREINTA Y DOS CENTIMOS (17.981,32 €) más los intereses legales del art. 20 L.C.S. desde la fecha del siniestro, con expresa condena de las costas a la parte demandada.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda, se emplazó a las partes a fin de que se personen y contesten a la demanda en el término legalmente establecido solicitando éstas la desestimación íntegra de la demanda.

TERCERO.- Se procedió a la celebración de la Audiencia Previa y se inició la fase de proposición de prueba y admisión, previa declaración de pertinencia, con citación de las partes al acto de la vista, en cuya celebración de vista se practicaron todos los medios de prueba propuestos y admitidos, cuyo resultado se da por reproducido.

Tras la práctica de las pruebas, las partes elevaron sus conclusiones, declarándose el juicio concluso para sentencia.

CUARTO.- Que en la tramitación del presente procedimiento se han observado las oportunas prescripciones legales salvo el plazo previsto para dictar sentencia debido a la carga que soporta este juzgado.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Por la Procuradora ANA MARIA PASCUA APARICIO, en nombre y representación de D^a _____, se ejercitan acciones sobre reclamación de cantidad contra Aseguradora _____ que se han sustanciado en el presente procedimiento y en virtud de los arts. 9, 11 y 19 del RDL 339/1990, 7 RDL 8/2004 y 20 y 73 LCS. Con base en el siniestro acaecido el 25 de septiembre de 2020, la parte demandante reclama un total de DIECISIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN EUROS CON TREINTA Y DOS CENTIMOS (17.981,32 €) los cuales se desglosan y fundamentan de la siguiente manera:

1.- LESIONES TEMPORALES:

.- Período sanitario: 252 días (del 25-09-2020 al 03-06-2021)
Es el que discurre entre el día del accidente, el 25-09-2020 hasta que fue dada de alta laboral el 03-06-2021.

.- Perjuicio personal particular moderado: 187 (desde el 25-09-2020 hasta el 30-03-2021 son moderados, fecha en la que se



realizó el diagnóstico de certeza y se hizo la indicación quirúrgica) x 54,30 euros = 10.154,10 euros.

.- Perjuicio personal básico: 65 (desde el 30-03-2021 hasta el 03-06-2021 que es cuando fue el alta laboral) x 31,32 euros = 2.035,80 euros.

2.- PERJUICIO PATRIMONIAL

A.- Gastos de asistencia sanitaria: 1.289,10 euros desglosados del siguiente modo:

Factura farmacia: 49,10 euros

Factura rehabilitación : 540 euros

Factura rehabilitación : 700 euros

3.- SECUELAS:

(03012) Cuadro clínico derivado de hernia/s discales correlacionable con el accidente (1-15): 5 puntos (40 años): 4.502,32 euros

La parte demandada se allana en 7.821,75 euros oponiéndose al resto de cantidades reclamadas. A su entender las lesiones consisten en 106 días de perjuicio moderado a razón de 57,04 € por día dando lugar a un total de 6.046,24€ y dos puntos de secuelas que valora en 1.775,51€. Tal cantidad ya obra consignada.

SEGUNDO.- El artículo 1.1 LRCSVM, establece un criterio objetivo de imputación de responsabilidad derivada de daños a las personas causado con motivo de la circulación fundado en el principio objetivo de la creación de riesgo. Esa responsabilidad objetiva es resaltada por una reiterada y constante jurisprudencia, que destaca que solo puede eximirse el conductor cuando acredite que los daños se debieron a la culpa exclusiva de la víctima o a fuerza mayor extraña a la conducción. En este caso, dicho artículo junto al art. 1902 CC configuran la base legal para la reclamación económica que aquí se realiza.

TERCERO.- La estabilización lesional.

Una de las causas de controversia fundamental es cuándo se produce la estabilización lesional. Según la parte demandante ésta se produce el 3 de junio de 2021, momento en que se pone de alta. La demandada entiende que la estabilización se produce cuando se hace el ofrecimiento de operación quirúrgica, ya que posteriormente no ha tenido lugar tratamiento alguno y, por tanto, ahí se produce la

estabilización. La cuestión, por tanto, es si el final del proceso curativo se produjo el día 3 de junio de 2021, día del alta laboral, o el día 9 de enero de 2021, fecha en que debería haber concluido sobradamente el tratamiento si no hubiese acudido de forma tan discontinua, dando lugar a 106 días de perjuicio personal particular moderado.

El Tribunal Supremo, durante la vigencia del Baremo que se recogía en el Anexo de la Ley Sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, ya había sostenido que el concepto de día improductivo no coincide con el de baja a efectos laborales, y se determina por aquel periodo en que se recibe un tratamiento médico para curación de las lesiones, hasta el momento en que éstas quedan curadas o se estabilizan dando lugar a secuelas.

En este sentido la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 19 de septiembre de 2011, dictada en el recurso de casación nº 1232/2008 había señalado que: "En relación con la indemnización por incapacidad temporal, constituye doctrina constante que se trata de un daño que cabe indemnizar con arreglo a los parámetros de la Tabla V del sistema, que comprende únicamente el periodo que se extiende hasta la curación o estabilización de las lesiones derivadas del siniestro, durante el cual la víctima recibió tratamiento médico. En consecuencia, una vez que las lesiones se estabilizan en el sentido de que no son susceptibles de curarse ni de mejorar con el tratamiento médico recibido, dicho daño corporal ha de valorarse como secuelas determinantes de una incapacidad, no ya temporal sino permanente, susceptible de ser indemnizado con arreglo al sistema, no con base en la Tabla V sino de conformidad con la Tabla IV. En línea con este criterio, según la jurisprudencia de esta Sala surgida a raíz de las SSTS de 17 de abril de 2007, el referido sistema comporta un régimen especial en orden al momento de determinación del valor del punto aplicable, el cual debe fijarse en el momento del alta definitiva, entre otras razones, porque este es el momento en que las secuelas han quedado determinadas y cuando además comienza la prescripción de la acción para reclamar la indemnización -lo que no excluye que en atención a las circunstancias especiales concurrentes en casos determinados pueda apreciarse que el plazo de prescripción se inicia en un momento posterior por resultar necesarias ulteriores comprobaciones para determinar el alcance de las secuelas, por ejemplo, en orden a la producción de una invalidez permanente en cualquiera de sus grados (SSTS de 20 de mayo de 2009, RC núm. 328/2005 y de 25 de mayo de 2010, RC núm. 2036/2005). Por otra parte, la fijación del día en que se produce el alta médica, que pone



fin al periodo de incapacidad temporal, es cuestión de hecho y como tal, no revisable en casación (STS de 18 de septiembre de 2008, RC núm. 838/2004). En su fijación el tribunal no se encuentra vinculado por el periodo de baja laboral en la medida que esta puede estar relacionada con las propias lesiones permanentes, finalmente determinantes de que se reconozca a la víctima una invalidez en el orden social.

Este conjunto normativo y doctrinal permiten rechazar la impugnación referente a la determinación del periodo de incapacidad temporal, que se fijó adecuadamente por la AP en atención al tiempo que fue preciso para que las lesiones se estabilizaran y pudieran valorarse como secuelas, siendo irrelevante a tales efectos que fueran estas secuelas las que mantuvieran a la víctima en situación de baja laboral”.

Este es el concepto que recoge la ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en su artículo 134.1 al definir el concepto de lesiones temporales como aquellas que sufre el lesionado desde el momento del accidente hasta el final de su proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela, concepto que repite el artículo 136.1, al definir la indemnización por perjuicio personal básico.

Revisados los informes periciales, así como los informes médicos se aprecia que se ha realizado una resonancia magnética en enero de 2021 con motivo de las dolencias derivadas del accidente. En marzo consta prueba positiva de covid y que recibe el alta por esta dolencia el 3 de marzo de 2021 -fecha de alta por el covid, no por las lesiones derivadas del accidente-. Consta reanudación de las consultas el 23 de marzo de 2021 con neurología encargándose nuevas pruebas de resonancia magnética. En el informe clínico de 25 de mayo de neurología la compañía de seguros no acepta cirugía, por lo que la neuróloga, no teniendo otras formas de tratamiento, le da el alta en cuanto a la atención que ella dispensa, continuando la demandante en situación de baja laboral. El 3 de junio de 2021 recibe el alta laboral de su médico de cabecera.

Es opinión constante de esta juzgadora que el informe de médicos especialistas, como es el caso del neurólogo en este caso, no tiene capacidad para determinar un alta médica total, por cuanto el médico especialista no tiene acceso a la totalidad del expediente médico del paciente, y se limita a tratar la dolencia concreta de su especialidad. Por ese motivo, que haya un alta neurológica, como se aprecia el 25 de

mayo, no puede equipararse a un alta médica. Es necesario acudir a la valoración que realiza el médico generalista, quien revisa dicho informe así como, si existieran, otros informes médicos concurrentes, y valora todas las opciones de derivación y curativas y, en el caso de optar por el alta, realiza una valoración definitiva que puede considerarse finalizadora del proceso curativo.

Aún así, es necesario que esta mera discordancia en las fechas esté suficientemente justificada sin que se base en una mera situación de baja laboral sin base en el tratamiento rehabilitador.

Si se observa la situación en la que se encuentra la paciente demandante, ésta recibe 15 sesiones de fisioterapia entre el 22 de octubre de 2020 y el 18 de noviembre de 2020, sin que puedan valorarse aquí las sesiones de rehabilitación realizadas entre los días 4 de diciembre de 2020 y de 27 de enero de 2021 por los motivos que se expondrán más adelante, pero, fundamentalmente, por no constar prescripción médica. El 20 de enero de 2021, con motivo de la RM, se advierte rectificación de la lordosis cervical, pero le notifican la necesidad de ampliar el estudio. Aquí se produce la cuarentena por covid de la demandante que dura desde el 29 de enero de 2021 hasta el 2 de marzo de 2023, momento en que se dan el alta médica por este contagio y, por tanto, puede continuar la ampliación de las pruebas. A partir de ahí se advierte un empeoramiento en cuanto a la hernia cervical C5-C6, la cual provocaba dolores limitantes.

Como explicara en sala el Dr. Tratante, [redacted], la hernia existente fue evolucionando porque el anillo del disco se había fisurado y ha salido algo de material que puede permitir la salida de más material discal sin necesidad de un nuevo traumatismo, de manera espontánea es frecuente. Le ofreció cirugía cervical y se intentó obtener autorización para esto que no se obtuvo. Los motivos de dicha oferta de cirugía residían en que se había otorgado un margen de tiempo esperando una reabsorción, pero no se produjo mejoría y se seguía con la misma sintomatología, habiendo fallado todo lo prescrito hasta ese momento. También reconoció que entre marzo y mayo no tuvo tratamiento rehabilitador alguno.

No se le escapa a esta juzgadora que la situación desde marzo de 2021 en adelante no se alinea con un tratamiento rehabilitador, sino con meras pruebas y que su situación, no sólo no mejora, sino que tiene a empeorar. Si en ese espacio de tiempo se hubiera producido una reabsorción, no cabría duda de que la estabilización lesional se correspondería con el

momento de la reabsorción aunque no hubiera habido tratamiento más allá del mero reposo. Sin embargo, lo que se fue produciendo fue un agravamiento por los motivos indicados. Y resulta especialmente relevante lo recogido en el informe de neurología de 25 de mayo de 2021 donde se indica "Se ofrece cirugía cervical dado el estado de la paciente y el aumento de la hernia discal. Rechazada por la aseguradora, se da el alta de consulta a la paciente", circunstancia ratificada también en sala por dicho doctor. Es decir, aún existía tratamiento que la aseguradora no ha querido asumir, por lo que, si bien en otras circunstancias donde durante meses no se aprecia mejoría suele advertirse la estabilización lesional en el momento en que acaba el tratamiento o se produce la estabilización, aquí hubo la posibilidad de tratar más allá la hernia mediando el rechazo de la aseguradora, por lo que dicho rechazo es esencial a los efectos de entender que pudo haber habido tratamiento más allá y lograr una mejora y que, por tanto, al no admitirse ahí se produce la estabilización -y no antes- con el consiguiente empeoramiento a través de los meses transcurridos. Lo que no sería aceptable es que la aseguradora tuviera la capacidad de, además de denegar un tratamiento prescrito médicamente para la mejora de los daños sufridos en el siniestro que ésta debe cubrir, se vea beneficiada por un efecto retroactivo al momento último en que se ya no se lograron más mejoras y, lo cual, motivó proponer la intervención quirúrgica. Es más, de haberse aceptado la intervención, el tiempo de perjuicio personal habría sido aún más extenso.

Esto, valorado desde la perspectiva de la valoración total que realiza el generalista sobre otras dolencias u opciones médicas de tratamiento, como lo que sucede en el caso presente, da lugar a entenderse que la fecha de alta laboral es el 3 de junio de 2021 es la fecha en la cual se puede entender que se produce la estabilización lesional.

CUARTO.- Perjuicio personal particular.

La parte demandante entiende que los días de perjuicio personal moderado son 187, que transcurren desde el día del siniestro, el 25 de septiembre, hasta el 30 de marzo de 2021, por ser esta la fecha en la que se realiza el diagnóstico de certeza y la indicación quirúrgica. La parte demandada entiende que el 9 de enero de 2021 debió producirse el alta por los motivos antes indicados y que todos esos días fueron de perjuicio personal particular moderado, siendo un total de 106 días.



Al respecto sólo cabe indicar que la valoración realizada por la parte demandada se basa únicamente en la hipótesis de que ese es el tiempo que efectivamente debió tardar en mejorar la demandante, sin valorar la realidad fáctica según la cual su lesión no podía mejorar únicamente mediante sesiones de fisioterapia. La prueba es que podía requerir cirugía que la compañía aseguradora, tal y como pone el informe médico neurológico de 25 de mayo de 2021, no aceptó. Es este rechazo el que pone fin al tratamiento y a la situación médica de la demandante. Sin embargo, sí que el informe neurológico de 30 de marzo de 2021, si bien reconoce que sigue habiendo limitaciones causadas por el dolor persistente, ofrece una cirugía a la vista de la evolución, mostrando el perito de la parte demandante que se produce un cambio en las circunstancias de la demandante. Y es esta prueba la que se tiene en cuenta porque se basa en la realidad médica de la demandante y no en la mera hipótesis del momento en que debió curar.

En definitiva, se tiene por probado que desde el día 25 de septiembre de 2020 hasta el día 30 de marzo de 2021 nos encontramos ante días de perjuicio particular moderado. Desde el día 31 de marzo de 2021 hasta el 3 de junio de 2021 nos encontramos ante días de perjuicio personal particular básico.

Establecido este particular, debe valorarse económicamente de la siguiente forma: los 187 días de perjuicio personal particular moderado -a razón de 54,30 euros- que transcurren entre el 25 de septiembre de 2020 hasta el 30 de marzo de 2021 darían lugar a una indemnización por valor de 10.154,10 euros; los 65 días de perjuicio personal básico -a razón de 31,32 euros el día- que transcurren entre el 31 de marzo y el 3 de junio de 2021 darían lugar a una indemnización de 2.035,80 euros.

QUINTO.- Sobre el perjuicio patrimonial.

Reclama la parte demandante los gastos de asistencia sanitaria en que ha incurrido el demandante desde el siniestro hasta la estabilización, consistentes en 49,10 euros de farmacia, 540 euros de tratamiento rehabilitador por Javier Pablos y 700 euros de rehabilitación por

La parte demandada se opone exclusivamente a la última factura por entender que el tratamiento no se corresponde con un verdadero tratamiento médico.

En cuanto a la factura de acupuntura no admitida por la demandada, sin poner en duda los beneficios que dicho

tratamiento haya podido tener sobre la demandante, lo cual tampoco ha sido acreditado por perito alguno por cuanto dos meses después le recomiendan cirugía, no se escapa a esta juzgadora que en ningún momento dichas sesiones fueron prescritas médicamente. El informe neurológico de 1 de diciembre de 2020 prescribía 20 sesiones más de fisioterapia. La demandante optó por realizar un tratamiento distinto al prescrito, ya que se le prescribió tratamiento fisioterapéutico y, en su lugar, por su cuenta y riesgo, optó por un tratamiento de acupuntura y masajes. No se ha acreditado la necesidad de dichas sesiones para su sanidad ni que dicha sustitución fuera aprobada médicamente antes o después, por lo que no procede atribuir dichos costes que la demandante asumió voluntariamente a la aseguradora demandada.

En definitiva, procede admitir los gastos médicos por valor de 589,10 euros.

SEXTO.- Secuelas.

Como se indicara anteriormente, durante los meses posteriores a enero se fue produciendo un empeoramiento sucesivo en el estado de la demandante. Puesto que finalmente se ha entendido que la estabilización lesional se produce el día 3 de junio de 2021, no se cuestiona que en el momento que la demandada entendía la estabilización lesional nos encontraríamos ante dos puntos de secuela, pero el agravamiento sucesivo en el transcurso de los meses ha dado lugar a que, tal y como se ratificara por el Dr. [redacted], perito, por el Dr. [redacted] quien trató a la paciente, se fue produciendo un empeoramiento y, puesto que el momento de valoración de la estabilización es distinto en el caso de la prueba vertida por la demandante, que es el 3 de junio de 2021, frente al momento de valoración por la parte demandada, que es el 9 de enero de 2021 según la Dra. [redacted] también perito, resulta más ajustada a la realidad lesional la valoración realizada por el Perito de la parte demandante y considerar, por tanto, que se han producido unas secuelas funcionales de cinco puntos, de conformidad con el art. 95 de la LVDC.

Dicha secuela debe ser valorada en 4.502,32 euros.

SÉPTIMO.- Valoración total y atribución a la aseguradora.

Establece el art. 7 del RDLeg 8/2004 establece la obligación del asegurador para satisfacer al perjudicado el importe de los daños sufridos en su persona y bienes.



En este caso se ha fijado una cuantía de 10.154,10 euros por perjuicio personal moderado, 2.035,80 euros por perjuicio personal básico, 589.10 euros por perjuicio patrimonial y 4.502,32 euros por secuelas, lo que arroja un total de 17.281,32 euros.

OCTAVO.- Intereses moratorios.

En cuanto a los intereses del artículo 20 LCS, el art. 20.8 LCS establece que no habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador, cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable a la compañía aseguradora.

Es numerosa la jurisprudencia sobre la determinación de cuando concurre una causa de tal naturaleza, de la que se ha mantenido una interpretación restrictiva en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma, para impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados. La mera existencia de un proceso judicial no constituye causa que justifique por sí sola el retraso en la indemnización, o permita presumir la racionalidad de la oposición. El proceso no es un óbice para imponer a la aseguradora los intereses, a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación misma de indemnizar (SS TS 73/2017, de 8 de febrero; 461/2019, de 3 de septiembre). La circunstancia de discrepar sobre la cuantía de la indemnización, no es causa justificada de demora en la obligación de indemnizar (SS TS 328/2012, de 17 de mayo, 641/2015, de 12 de noviembre; 317/2018, de 30 de mayo; 47/2020, de 22 de enero y 643/2020, de 27 de noviembre, entre otras). Ni tampoco para dilucidar la discrepancia suscitada por las partes en cuanto a la culpa, ya sea por negarla completamente o por disentir del grado de responsabilidad atribuido al demandado en supuestos de posible concurrencia causal de conductas culposas (STS 8 de febrero de 2017).

En definitiva, como dice la STS 503/2020, de 5 de octubre: "[...] sólo concurre la causa justificada del art. 20.8 de la LCS , 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 es, cuando la resolución judicial deviene imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura (sentencias 252/2018, de 10 de octubre ; 56/2019, de 25 de enero ,



556/2019, de 22 de octubre ; 570/2019, de 4 de noviembre , 47/2020, de 22 de enero y 419/2020, de 13 de julio , entre otras muchas).

Ahora bien, como es natural, la mera circunstancia de judicializarse la reclamación, ante la negativa de la aseguradora de hacerse cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del art. 20 de la LCS , pues en tal caso su juego normativo quedaría desvirtuado y su aplicación subordinada a la oposición de las compañías de seguro. Es decir, la judicialización, excluyente de la mora, habrá de hallarse fundada en razones convincentes que avalen la reticencia de la compañía a liquidar puntualmente el siniestro; dado que no ha de ofrecer duda que acudir al proceso no permite presumir la racionalidad de la oposición a indemnizar, puesto que no se da un enlace preciso y directo, conforme a las directrices de la lógica, entre ambos comportamientos con trascendencia jurídica."

2.- La aplicación de las precedentes consideraciones jurisprudenciales conducen a rechazar la petición de exclusión del intereses moratorio toda vez que, en el supuesto enjuiciado no existe duda acerca de la realidad del siniestro y de la cobertura de seguro, lo discutido es el nexo causal, circunstancia que no puede servir de descargo a la aseguradora para eximirla del pago del interés, pues en el caso concreto a la vista de la información médica aportada, la situación de incertidumbre concurrente es la habitual en este tipo de colisiones, por lo que no se advierte esa necesidad de intervención judicial para fijar el derecho a la indemnización y razonable la oposición de la compañía, que la jurisprudencia precisa para apreciar la causa justificada.

Debe añadirse que, aún cuando la demandada se haya allanado a una cantidad previa, por valor de 7.821,75 euros que fueron consignados en este procedimiento, lo cierto es que dicha cantidad pudo ser asumida anteriormente y, adicionalmente, no puede dejar de observarse que se denegó un tratamiento a la demandante que habría sido necesario para su curación, por lo que en todo momento estuvo enterada del transcurso de los daños personales sufridos, habiendo esperado al procedimiento judicial para avenirse a hacer un pago mínimo.

NOVENO.- Costas.

Al estimarse PARCIALMENTE la demanda las costas deberán declararse de oficio, al no producirse el vencimiento objetivo recogido en el artículo 394 de la LEC.



Vistos los preceptos legales aplicados y demás de general y pertinente aplicación.

FALLO

Que estimando parcialmente la demanda presentada por la Procuradora Pascua Aparicio en nombre y representación de D^a _____ contra Aseguradora _____, debo condenar y condeno a la demandada a que abone a la actora la cantidad de diecisiete mil doscientos ochenta y un euros y treinta y dos céntimos de euro (17.281,32€) con los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro, debiendo declarar las costas de oficio.

Contra esta sentencia cabe interponer recurso de Apelación ante la Ilma. Audiencia Provincial de León en el plazo de veinte días desde su notificación, previa consignación en la cuenta del expediente de la tasa correspondiente.

Así por esta mi sentencia definitivamente juzgada en Primera Instancia lo pronuncio, mando y firmo.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutelar o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.