



Roj: **STS 4058/2016 - ECLI:ES:TS:2016:4058**

Id Cendoj: **28079110012016100523**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **14/09/2016**

Nº de Recurso: **2881/2014**

Nº de Resolución: **541/2016**

Procedimiento: **Casación**

Ponente: **PEDRO JOSE VELA TORRES**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP B 9620/2014,**  
**STS 4058/2016**

## **SENTENCIA**

En la Villa de Madrid, a 14 de septiembre de 2016

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D. Edmundo , representado por el procurador D. Ignacio Melchor de Oruña, bajo la dirección letrada de D. Sergio Toro Pujol, contra la sentencia n.º 378/2014, de 28 de julio, dictada por la Sección Decimoséptima de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación núm. 870/2012 , dimanante de las actuaciones de juicio ordinario núm. 121/2012, del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Barcelona. Ha sido parte recurrida la compañía Agrupación Mutual Aseguradora (AMA), representada por el procurador D. Antonio Ramón Rueda López y bajo la dirección letrada de D. Jorge Lucarini Labarta.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Pedro Jose Vela Torres

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** *Tramitación en primera instancia.*

**1.-** El procurador D. Rafael Ros Fernández, en nombre y representación de D. Edmundo , interpuso demanda de juicio ordinario contra Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A), en la que solicitaba se dictara sentencia:

«- Con carácter principal, por la que se declare la obligación de la demandada de abonar la cantidad de 60.000.- €, junto al interés previsto en el artículo 20 de la LCS desde el 16 de junio de 2011 y al pago de las costas causadas.

-Subsidiaria de la anterior, por la que se declare la obligación de la demandada de abonar al actor la cantidad de 36.000.- €, junto al interés previsto en el artículo 20 de la LCS desde el 16 de junio de 2011 y al pago de las costas causadas».

**2.-** La demanda fue presentada el 4 de enero de 2012 y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Barcelona, fue registrada con el núm. 121/2012 .

Una vez admitida a trámite, se emplazó a la parte demandada.

**3.-** El procurador D. Federico Barba Sopeña, en representación de la entidad Previsión Sanitaria Nacional, Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) Mutua de Seguros a Prima Fija, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba:

«[...] y a la vista del allanamiento parcial a la demanda, dicte en su día sentencia por la que se condene a mi representada a indemnizar a la actora en la cantidad de treinta y seis mil euros (36.000,00€), cantidad que



ya se encuentra consignada en la cuenta del Juzgado para su entrega a la actora, sin intereses y sin hacer pronunciamiento en cuanto a las costas procesales».

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, el Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 5 de Barcelona dictó sentencia n.º 124/2012, de 17 de mayo, con la siguiente parte dispositiva:

«Fallo: Que estimando parcialmente la demanda de reclamación de cantidad presentada por el procurador Sr. Ros Fernández, en nombre y representación de D. Edmundo, contra la entidad Agrupación Mutual Aseguradora, condeno a la entidad demandada a pagar al actora la cantidad de treinta y seis mil euros (36.000 ?) de principal, declarando que el pago de la misma ya se ha efectuado a través del correspondiente mandamiento entregado a la parte actora, más la cantidad que dicho principal ha devengado en concepto de intereses, calculados de acuerdo a lo previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, desde el día 16 de junio de 2011 hasta el día 10 de febrero de 2012. Y todo ello absolviendo a la demandada del resto de los pedimentos contenidos en la demanda y sin hacer expresa imposición de las costas procesales, debiendo cada parte asumir las causadas a su instancia».

**SEGUNDO.-** *Tramitación en segunda instancia.*

1.- La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D. Edmundo.

2.- La resolución de este recurso correspondió a la Sección Decimoséptima de la Audiencia Provincial de Barcelona, que lo tramitó con el número de rollo 870/2012 y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 28 de julio de 2014, cuya parte dispositiva dice:

«FALLAMOS: Debemos desestimar y desestimamos el recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de Edmundo contra la Sentencia dictada en los autos de Procedimiento ordinario, número 121/2012, por el Juzgado de Primera Instancia 5 de Barcelona, de fecha 17 de mayo de 2012, la cual se confirma con imposición de costas a dicha recurrente».

**TERCERO.-** *Interposición y tramitación del recurso de casación.*

1.- El procurador D. José Rafael Ros Fernández, en representación de D. Edmundo, interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

«Primero.- Infracción de los artículos 2 y 3 LCS así como de la jurisprudencia que los interpreta [...]».

»Segundo.- Infracción del artículo 106 del Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en relación con los artículos 3 y 7 de la LCS así como de la jurisprudencia que los interpreta[...]».

2.- Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes, por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó Auto de fecha 2 de marzo de 2016, cuya parte dispositiva es como sigue:

«Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Edmundo contra la sentencia dictada, con fecha 28 de julio de 2014, por la Audiencia Provincial de Barcelona (sección 17ª), en el rollo de apelación n.º 870/2012, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 121/2012 del Juzgado de primera instancia n.º 5 de los de Barcelona».

3.- Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4.- Por providencia de 27 de mayo de 2016 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver los recursos sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 20 de julio de 2016, en que ha tenido lugar.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** *Resumen de antecedentes.*

1.- D. Edmundo, protésico dental de profesión, es miembro del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Cataluña, que tiene suscrita una póliza colectiva de seguro de accidentes con la compañía Agrupación Mutual Aseguradora (AMA), de la que son beneficiarios todos los colegiados.



2.- Conforme a las condiciones particulares, el seguro cubre los accidentes padecidos por los colegiados durante las 24 horas del día (horario laboral y particular), con un capital asegurado por muerte de 60.000 €, y por invalidez permanente de otros 60.000 €.

3.- El 19 de julio de 2009, el Sr. Edmundo sufrió un grave accidente de circulación, en el que, entre otras lesiones, padeció «pierna izquierda catastrófica, fractura de clavícula izquierda, shock hipovolémico, politransfusión».

4.- El 19 de mayo de 2011, el Sr. Edmundo fue declarado en situación de invalidez permanente total para la profesión habitual por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, debido a las secuelas resultantes del mencionado accidente, consistentes en:

«Fractura abierta IIIB de fémur y tibia izquierda; actualmente portador de clavo endomedular y osteosíntesis con placa en fémur y tibia izquierda; no se objetiva consolidación *ad integrum* de la fractura de fémur izquierdo; deambulación con muletas y en tratamiento rehabilitador».

5.- El 16 de junio de 2011, el Sr. Edmundo realizó una reclamación formal de indemnización a la compañía aseguradora AMA, en la que solicitaba el abono de 60.000 €, por invalidez permanente. El 20 de septiembre siguiente, recibió respuesta de la aseguradora, en la que se le indicaba que le correspondía una indemnización de 36.000 €, equivalentes al 60% del capital contratado, dado que habían valorado las lesiones del asegurado por analogía y, con base en la Tabla de Incapacidades y la Disposición 1, incluidas en las condiciones generales de la póliza, habían aplicado el porcentaje correspondiente a la pérdida anatómica de una pierna.

6.- D. Edmundo formuló una demanda contra AMA, en la que solicitaba que se la condenara al pago de 60.000 €, más el interés del art. 20 LCS desde el 16 de junio de 2011; y subsidiariamente, al pago de 36.000 €, con iguales intereses.

7.- La compañía de seguros se allanó parcialmente a la petición subsidiaria, solicitando la condena al pago de 36.000 €, sin intereses, al haber consignado dicha cantidad.

8.- La sentencia de primera instancia condenó a la aseguradora al pago de 36.000 € de indemnización, más los intereses del art. 20 LCS desde el 16 de junio de 2011 (fecha de la reclamación) hasta el 10 de febrero de 2012 (fecha de la consignación).

9.- Interpuesto recurso de apelación contra dicha sentencia por el demandante, la Audiencia Provincial la confirmó íntegramente, por los siguientes y resumidos argumentos: (i) El establecimiento en la póliza de un baremo porcentual sobre el capital asegurado según el grado de invalidez permanente y secuelas del asegurado, no es una cláusula limitativa de los derechos del asegurado, sino una cláusula delimitadora del riesgo; (ii) El condicionado general se integra en el contenido total del contrato, e incluye el apartado 5.4, invalidez permanente por accidente, donde se contempla la graduación porcentual de la indemnización.

### **Recurso de casación**

**SEGUNDO.-** *Primer motivo de casación. Infracción de los arts. 2 y 3 LCS y de la jurisprudencia que los interpreta.*

1.- Este motivo se formula al amparo del art. 477.2.3º LEC y denuncia infracción de los arts. 2 y 3 LCS, así como de la jurisprudencia que los interpreta, en cuanto al carácter limitativo de la cláusula inserta en las condiciones generales por la que se fijan porcentajes en función, no del grado de invalidez, sino por la concreta lesión orgánica que da lugar a la invalidez, sin que reúna los requisitos del art. 3 LCS. Se cita como jurisprudencia infringida las sentencias núm. 394/2008, de 13 de mayo; 676/2008, de 15 de julio; y 375/2011, de 7 de junio.

2.- En el desarrollo del motivo se aduce que la cláusula controvertida no es delimitadora del riesgo, sino limitativa de derechos, sin que reúna los requisitos de validez exigidos por el art. 3 LCS.

3.- La cláusula 5.4 de las condiciones generales del seguro de accidentes objeto de litigio, bajo el título «Invalidez permanente por accidente», establece:

«Entendiéndose por tal la pérdida anatómica o funcional de los miembros y/o facultades del asegurado y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados.

»Comprobada o definida la invalidez permanente al ser dado de alta el asegurado como curado clínicamente y como máximo dentro de los doce meses siguientes a dicha fecha, el asegurador indemnizará de acuerdo con la suma asegurada para esta cobertura y en base al grado de invalidez dictaminado.

»Se entiende por invalidez permanente absoluta la pérdida de la razón o locura incurable, imbecilidad, ceguera completa, parálisis completa, pérdida o impotencia funcional de los dos brazos, de las manos, de las dos piernas, de los dos pies y de la simultánea de un miembro superior y otro inferior de los reseñados. El asegurador indemnizará el 100% de la suma asegurada para esta cobertura.



»Si la invalidez permanente es parcial, dará derecho a los porcentajes aplicados sobre la suma asegurada para la invalidez permanente absoluta de acuerdo con los siguientes baremos (se incluye a continuación una tabla porcentual en relación con la pérdida anatómica o funcional en cuestión, por ejemplo, pérdida total de una pierna, 60%; o sordera completa de un oído, 15%).

[...]

»En todo caso, la pérdida absoluta o irreversible de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad, se considerará como una pérdida anatómica».

**TERCERO.-** *Distinción entre cláusulas de delimitación de cobertura y cláusulas limitativas en el contrato de seguro.*

1.- Desde un punto de vista teórico, la distinción entre cláusulas de delimitación de cobertura y cláusulas limitativas parece, a primera vista, sencilla, de manera que las primeras concretan el objeto del contrato y fijan los riesgos que, en caso de producirse, hacen surgir en el asegurado el derecho a la prestación por constituir el objeto del seguro. Mientras que las cláusulas limitativas restringen, condicionan o modifican el derecho del asegurado a la indemnización o a la prestación garantizada en el contrato, una vez que el riesgo objeto del seguro se ha producido.

No obstante, como expresa la sentencia de esta Sala núm. 715/2013, de 25 de noviembre, en la práctica, no siempre han sido pacíficos los perfiles que presentan las cláusulas delimitadoras del riesgo y las limitativas de los derechos del asegurado. Las fronteras entre ambas no son claras, e incluso hay supuestos en que las cláusulas que delimitan sorprendentemente el riesgo se asimilan a las limitativas de los derechos del asegurado.

La sentencia 853/2006, de 11 de septiembre, sienta una doctrina, recogida posteriormente en otras muchas resoluciones de esta Sala 1ª, (verbigracia sentencias núm. 1051/2007, de 17 de octubre; y 598/2011, de 20 de julio), según la cual son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concretan: (i) qué riesgos constituyen dicho objeto; (ii) en qué cuantía; (iii) durante qué plazo; y (iv) en qué ámbito temporal.

Otras sentencias posteriores, como la núm. 82/2012, de 5 de marzo, entienden que debe incluirse en esta categoría la cobertura de un riesgo, los límites indemnizatorios y la cuantía asegurada. Se trata, pues, como dijimos en la sentencia núm. 273/2016, de 22 de abril, de individualizar el riesgo y de establecer su base objetiva, eliminar ambigüedades y concretar la naturaleza del riesgo en coherencia con el objeto del contrato o con arreglo al uso establecido, siempre que no delimiten el riesgo en forma contradictoria con las condiciones particulares del contrato o de manera infrecuente o inusual (cláusulas sorprendentes).

A su vez, la diferenciación entre cláusulas delimitadoras del riesgo y cláusulas limitativas de derechos, cuando el asegurado es un consumidor, ya viene establecida en la exposición de motivos de la Directiva 93/13/CEE, del Consejo, de 5 de abril de 1993, sobre las cláusulas abusivas en los contratos celebrados con consumidores, al decir que «en los casos de contratos de seguros las cláusulas que definen o delimitan claramente el riesgo asegurado y el compromiso del asegurador no son objeto de dicha apreciación (de abusividad), ya que dichas limitaciones se tienen en cuenta en el cálculo de la prima abonada por el consumidor».

2.- Por su parte, las cláusulas limitativas de derechos se dirigen a condicionar o modificar el derecho del asegurado y por tanto la indemnización, cuando el riesgo objeto del seguro se hubiere producido. Deben cumplir los requisitos formales previstos en el art. 3 LCS, de manera que deben ser destacadas de un modo especial y han de ser expresamente aceptadas por escrito; formalidades que resultan esenciales para comprobar que el asegurado tuvo un exacto conocimiento del riesgo cubierto (sentencias 268/2011, de 20 de abril; y 516/2009, de 15 de julio).

La jurisprudencia ha determinado, de forma práctica, el concepto de cláusula limitativa, referenciándolo al contenido natural del contrato, derivado, entre otros elementos, de las cláusulas identificadas por su carácter definidor, de las cláusulas particulares del contrato y del alcance típico o usual que corresponde a su objeto con arreglo a lo dispuesto en la ley o en la práctica aseguradora (sentencia núm. 273/2016, de 22 de abril). El principio de transparencia, fundamento del régimen especial de las cláusulas limitativas, opera con especial intensidad respecto de las cláusulas introductorias o particulares.

**CUARTO.-** *La delimitación de la cobertura y las cláusulas limitativas en los seguros colectivos de accidentes. El uso de baremos porcentuales.*

1.- Al partir de la definición contenida en el art. 100 LCS, conforme al cual se conceptúa el accidente como «lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal, permanente o muerte», la jurisprudencia ha establecido que en el seguro



voluntario de accidentes, cualquier restricción mediante cláusulas que determinen las causas o circunstancias del accidente o las modalidades de invalidez, por las que queda excluida o limitada la cobertura, supondría una cláusula limitativa de derechos del asegurado ( STS, Sala 1ª -Pleno- 402/2015, de 14 de julio ).

A su vez, hemos de tener presente que la póliza de seguro objeto de litigio no fue individual, sino colectiva. Y en los seguros colectivos, no sólo el tomador del seguro, sino cada asegurado, debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas de derechos en los términos del artículo 3 LCS ( sentencia núm. 715/2013, de 25 de noviembre ). Diferenciación entre seguros individuales y colectivos que fue tratada extensamente en la sentencia núm. 1058/2007, de 18 de octubre , al decir:

«En los seguros colectivos o de grupo no hay coincidencia entre el tomador del seguro y el asegurado porque la póliza se contrata con la aseguradora por aquél para facilitar la incorporación de quienes forman parte del grupo, unidos por alguna circunstancia ajena a la mera voluntad de asegurarse, los cuales manifiestan ordinariamente su voluntad de incorporarse mediante la firma de un boletín de adhesión y reciben una certificación individual expresiva de las condiciones del aseguramiento ( STS 6 de abril de 2001, rec. 878/1996 ).

»De acuerdo con el artículo 7 LCS , en los casos de distinción entre el tomador y el asegurado, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el asegurado. De este principio se infiere que la carga de información que pesa sobre el asegurador para cumplir con el principio de transparencia contractual está en relación con la posición que respectivamente ocupan en el contrato el tomador y el asegurado. Las exigencias formales que afectan a las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado impuestas por el artículo 3 LCS , entre las cuales figura la especial aceptación por parte de éste, deben ser interpretadas en consonancia con este principio.

»En los seguros colectivos, según se desprende de la jurisprudencia invocada ( SSTS de 14 de junio de 1994 y 24 de junio de 1994 ), el tomador del seguro debe tener conocimiento y aceptar especialmente las cláusulas limitativas. Esta exigencia resulta adecuada a la posición del tomador del seguro, en cuanto al contratar contrae obligaciones como tal tomador, aunque el seguro tenga un carácter genérico y requiera para su perfección respecto de los distintos asegurados la declaración de voluntad individual en que consiste la adhesión.

»Sin embargo, la exigencia de transparencia contractual, especialmente en lo que afecta a las cláusulas limitativas, exige que, al menos cuando la perfección del contrato está subordinada a un acto de voluntad por parte de solicitante, consistente en su adhesión al seguro colectivo, el asegurador cumpla con el deber de poner en conocimiento del asegurado dichas cláusulas limitativas con la claridad y énfasis exigido por la ley y recabe su aceptación especial, para lo cual constituye instrumento idóneo la solicitud de adhesión que se prevé para este tipo de seguros.

»Así lo declara la STS 27 de julio de 2006, rec. 2294/1999 , la cual, en un supuesto de seguro colectivo en que "los únicos documentos que fueron facilitados al demandante fueron el boletín de adhesión y el certificado de seguro", declara la imposibilidad de oponer al asegurado el contenido de las cláusulas delimitadoras del riesgo incluidas en las cláusulas generales de la póliza, "por cuanto a ellas ha de proyectarse la voluntad contractual, en la medida en que integran el objeto del contrato, y sobre ellas ha de recaer el consentimiento que lo perfecciona, lo que se resume en la necesidad de aceptación de las mismas previo su conocimiento."

»Es menester, pues, que cuando la aseguradora interviene expidiendo un documento individual en favor del solicitante que se adhiere a un seguro colectivo y con ello presta su consentimiento para la perfección del contrato, haga constar en el expresado documento con suficiente claridad no sólo la cobertura del seguro, sino también la existencia de cláusulas limitativas, con los requisitos formales exigidos por el artículo 3 LCS ».

**2.-** A su vez, la sentencia núm. 676/2008, de 15 de julio , que reiteraba la doctrina establecida por la sentencia núm. 1340/2007, de 11 de diciembre (y las que en ella se citan), abordó específicamente el problema de la calificación de la cláusula que suponía una restricción de la suma a indemnizar en caso de invalidez permanente, y concluyó:

«[L]a jurisprudencia tiene declarado que la restricción de la suma con la que procede indemnizar los supuestos de invalidez permanente distinguiendo o excluyendo distintos supuestos según la gravedad de las lesiones sufridas implica, desde esta perspectiva, una limitación de los derechos del asegurado si en las condiciones particulares se estableció una suma única por invalidez permanente total, dado que el concepto de invalidez permanente, puesto en relación con el de incapacidad permanente total en el orden laboral, supone la falta de aptitud para el desempeño de las funciones propias del trabajo habitual, y ésta puede producirse tanto por una lesión muy grave como por otra menos importante (además de las que cita la parte recurrente, STS 13 de mayo de 2008, rec. 260/2001 )».



En suma, la determinación de la indemnización por incapacidad permanente mediante un porcentaje sobre el capital garantizado en función del grado de invalidez permanente y secuelas sufridas por el asegurado, expresado en una tabla contenida en la condiciones generales, en contradicción con las condiciones particulares, en las que únicamente figura una cifra fija (en este caso, 60.000 ?), como importe de la indemnización por tal concepto, supone una cláusula limitativa, que requiere para su validez los requisitos del art. 3 LCS . Y en el presente supuesto, ni consta que el asegurado hubiera aceptado expresamente dicha limitación, ni siquiera que se le ofreciera la posibilidad de hacerlo, mediante el oportuno boletín de adhesión, o documento similar.

**QUINTO.-** *Estimación del primer motivo de casación y asunción de la instancia.*

**1.-** Como consecuencia de lo expuesto, en tanto que la sentencia recurrida se opone a la expresada jurisprudencia de esta Sala, ha de estimarse el primer motivo de casación y, sin necesidad de examen del resto, anularse dicha resolución.

**2.-** Y al asumir la instancia, procede estimar el recurso de apelación interpuesto por el Sr. Edmundo , y con él, estimar también la demanda, a fin de condenar a la aseguradora a que indemnice al demandante en la suma de 60.000 ?. Respecto de los primeros 36.000 ?, dicha suma devengará el interés previsto en el art. 20 LCS , desde el 16 de junio de 2011 (fecha de la reclamación extrajudicial) hasta el 10 de febrero de 2012 (fecha de la consignación); y en cuanto a los otros 24.000 ?, desde el 16 de junio de 2011 hasta su abono.

**SÉPTIMO.-** *Costas y depósitos.*

**1.-** De conformidad con lo previsto en el art. 398.2 LEC , no procede hacer expresa imposición de las costas de los recursos de apelación y casación, al haber sido estimados.

**2.-** Y conforme al art. 394.1 LEC , las costas de la primera instancia deben imponerse a la parte demandada, pero únicamente en función de la cuantía objeto de controversia tras el allanamiento parcial.

**3.-** Procede acordar también la devolución de los depósitos constituidos, de conformidad con la disposición adicional 15ª, apartado 8, LOPJ .

## FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey, por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido

**1.-** Estimar el recurso de casación interpuesto por D. Edmundo contra la sentencia de fecha 28 de julio de 2014, dictada por la Audiencia Provincial de Barcelona, Sección 17ª, en el recurso de apelación núm. 870/2012 .

**2.-** Anular dicha sentencia y estimar el recurso de apelación interpuesto por el mismo Sr. Edmundo contra la sentencia dictada por el Juzgado de 1.ª Instancia n.º 5 de Barcelona, con el núm. 124/2012, de 17 de mayo, que revocamos y dejamos sin efecto. **3.-** Estimar la demanda formulada por D. Edmundo contra Agrupación

Mutual Aseguradora (AMA) y condenar a dicha compañía de seguros a que indemnice al demandante en la suma de SESENTA MIL EUROS (60.000 ?). De los cuales, los primeros 36.000 ? devengarán el interés previsto en el art. 20 LCS , desde el 16 de junio de 2011 hasta el 10 de febrero de 2012; y los otros 24.000 ?, desde el 16 de junio de 2011 hasta su abono. **4.-** Condenar a AMA al pago de las costas causadas en primera instancia, pero solamente en función de la cuantía controvertida tras el allanamiento parcial. **5.-** No hacer expresa imposición de las costas causadas por los recursos de apelación y casación. **6.-** Ordenar la devolución de los depósitos constituidos para tales recursos. Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.