

GUÍA SOBRE

Reclamaciones a compañías de seguros.

CONTIENE:

- Artículo
- Supuesto práctico
- Modelo de escrito



ECONOMIST&JURIST

ARTÍCULO ESPECIALIZADO

**Guía sobre las posibles
reclamaciones frente a las
compañías de seguros.**



RECLAMACIONES AL SEGURO POR LUCRO CESANTE A RAÍZ DEL COVID

La jurisprudencia menor dictada con posterioridad a la sentencia de 3 febrero de 2021 de la Audiencia Provincial de Girona, se está pronunciando de manera casi unánime.



**JAVIER LÓPEZ
Y GARCÍA DE
LA SERRANA**

Socio director de
Hispacolex y presidente
de la Asociación
Española de Abogados.



SUMARIO

Introducción al seguro de lucro cesante por paralización de actividad.

El seguro de pérdida de beneficios, ¿seguro autónomo o independiente? Problemática actual a raíz del cese de actividad durante la pandemia del COVID.

¿Qué consideración deben detener las cláusulas contenidas en el contrato de seguro que circunscriben o limitan el aseguramiento a que las pérdidas por la paralización sean consecuencia de un daño previo cubierto por el seguro?

Bibliografía.

La jurisprudencia menor dictada con posterioridad a la sentencia de 3 febrero de 2021 de la Audiencia Provincial de Girona, se está pronunciando de manera casi unánime entendiendo que las garantías de pérdidas de beneficios incluidos en estos seguros de negocio no cubren las pérdidas derivadas del cierre a raíz del covid-19.

I.- Introducción al seguro de lucro cesante por paralización de actividad

La cobertura de pérdida de beneficios debe analizarse bajo la perspectiva de lo establecido en los arts. 63 a 67 de la LCS, preceptos que exigen que el siniestro esté descrito en el contrato para que haya lugar a indemnización.

La tendencia a la hora de interpretar este tipo de pólizas hasta la llegada de la pandemia del covid-19, era la de pensar que en España no se garantiza un riesgo de forma independiente a un evento accidental claramente determinado en la póliza, sino que las pólizas se remitían a un evento o grupo de eventos identificados que producen un daño material concreto y atendible por la póliza.

Es en ese marco, y en la medida que ese evento pueda producir, además, una reducción de la actividad, lo que quedaría amparado por la cobertura de lucro cesante. De hecho, nos encontramos que una gran mayoría de las Audiencias Provinciales se habían pronunciado sobre la vinculación de la cobertura de pérdida de beneficios a un siniestro de daños cubierto en la póliza.

II.- El seguro de pérdida de beneficios, ¿seguro autónomo o independiente? Problemática actual a raíz del cese de actividad durante la pandemia del COVID

La cuestión que más se está debatiendo en los dos últimos años es si estamos ante un seguro de daños o ante un seguro de pérdidas de beneficios, o lo que es lo mismo, ¿se trata de un seguro autónomo e independiente, o está causalizado?

La tendencia a la hora de interpretar este tipo de pólizas hasta la llegada de la crisis provocada por la pandemia del COVID-19, era la de pensar que en España no se garantiza un riesgo de forma independiente a un evento accidental claramente determinado en la póliza,

sino que las pólizas se remitían a un evento o grupo de eventos identificados que producen un daño material concreto y atendible por la póliza. Es en ese marco, y en la medida que ese evento pueda producir, además, una reducción de la actividad, es lo que quedaría amparado por la cobertura de lucro cesante. De hecho, nos encontramos que la gran mayoría de las audiencias provinciales se había pronunciado sobre la vinculación de la cobertura de pérdida de beneficios a la producción de un siniestro de daños cubierto en la póliza.

En este sentido, y a modo de ejemplo, la sentencia de la Audiencia Provincial de Girona de 20 de septiembre de 2013, al igual que otras muchas, establecía que “La indemnización por pérdida de beneficios por la paralización de la actividad delimitada en la póliza no obligaba a la aseguradora, como pretendía el asegurado, a indemnizarle cualquiera que fuera la causa de la paralización, sino únicamente en el caso de que ésta se hubiera debido a daños directos en los bienes asegurables y cubiertos por la póliza, es decir, solo en el caso de que dicha interrupción fuese consecuencia de haberse producido daños directos en la Maquinaria, Ordenadores o Equipos Electrónicos como consecuencia de lo que la póliza define como fenómeno eléctrico”.

De dicha jurisprudencia menor anterior al 14 de marzo de 2020, se podría concluir que la cobertura del lucro cesante está causalizada, y que depende de su origen: un siniestro concreto amparado en la póliza. Si no existe un nexo causal adecuado entre la desaparición del rendimiento económico y el hecho descrito como siniestro en la póliza, no surge la obligación de indemnizar del asegurador. Por lo tanto, no resulta atendible por la póliza cualquier pérdida o cualquier reducción de actividad, sino sólo la que se produzca con ocasión de los eventos descritos en la póliza.

Por tanto, esta jurisprudencia parecía ir en consonancia con las pólizas habitualmente comercializadas en nuestro país, que ofrecen cobertura de pérdida de beneficios por interrupción de negocio cuando el hecho que motiva dicha interrupción es un evento cubierto por la póliza. Es decir, que si una póliza cubre el riesgo de incendio cubrirá la interrupción de negocio motivada por los daños materiales causados por dicho incendio; si una póliza cubre el riesgo de inundación, cubrirá la interrupción de negocio causada por los daños materiales causados por dicha inundación; etc.

Pero tras la entrada en vigor del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, así como del Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, de modificación del primero, y sus sucesivas prórrogas, se impuso la suspensión de la apertura en el ámbito de la actividad comercial de diversos sectores, siendo varios los tribunales que se han pronunciado en favor de entender procedente la reclamación contra la aseguradora de dichos establecimiento que tuvieron que ser cerrados.

En primer lugar, debemos de comenzar este análisis por la sentencia de la Audiencia Provincial de Girona de 3 de febrero de 2021, pionera en esta materia, y que supone el “pistoletazo de salida”, para la interposición de este tipo de reclamaciones y demandas por parte de los negocios perjudicados por el cierre decretado por el gobierno, frente a sus respectivas aseguradoras.

El Fundamento de Derecho Segundo de esta sentencia parte de la infracción del artículo 3 de la LCS y, como antesala, destaca que “nos hallamos frente a una cuestión novedosa, en el marco de un contrato de seguro, que «prima facie», parece alterar las coordenadas dentro de las cuales se pactaron en su momento las diferentes coberturas de los riesgos analizados”; y hace referencia después al artículo 44.2.º LCS que entendemos no es relevante al caso porque el concepto genérico de «grandes riesgos» —que excluye la aplicación imperativa de la LCS— no equivale a riesgos grandes o catastróficos, sino a la condición del tomador, explícita o implícitamente (art. 11 de la LOSSEAR).

Tal doctrina se completa con la de las expectativas razonables del asegurado. Se afirma en la sentencia que: “Cuando legislativamente se estableció un régimen específico para que determinadas condiciones generales del contrato de seguro alcanzasen validez, se estaba pensando precisamente en las cláusulas que restringen la cobertura o la indemnización esperada por el asegurado. Estas cláusulas pueden ser válidas, pero para ello se requiere que el asegurado haya conocido las restricciones que introducen —es decir, que no le sorprendan— y que sean razonables, que no vacíen el contrato de contenido y que no frustren su fin económico y, por tanto, que no le priven de su causa”.

El Fundamento de Derecho Tercero declara que “el hecho de que la póliza examinada no contemple expresamente, la cobertura del riesgo referido a la paralización del negocio por la pandemia, impone que su exclusión en el condicionado general reclamaba los requisitos del art. 3 LCS y ello, por aplicación de los principios antes mencionados, referidos al contenido natural del contrato de seguro y a las expectativas que podía tener el asegurado, cuando aceptó la póliza por ver cubierto, de manera expresa, «Pérdida de beneficios /paralización de la actividad». Aceptar lo contrario, supondría tanto como restringir la cobertura esperada por el asegurado, dejando desnaturalizada la paralización del negocio cubierto, en principio, por el seguro contratado”.

A continuación de la anterior resolución, la misma Audiencia Provincial de Girona dictaba otra nueva sentencia de fecha 16 de junio de 2021, dando un paso más en la línea doctrinal marcada por dicha Audiencia, en un supuesto donde el juzgado de primera instancia había fallado a favor de la aseguradora, revocando sobre la base de que el asegurado no había firmado las condiciones generales del contrato y, por lo tanto, no tuvo “conocimiento de su contenido ni lo aceptó”.



EN ESTE SENTIDO, Y A MODO DE EJEMPLO, LA SENTENCIA DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE GIRONA DE 20 DE SEPTIEMBRE DE 2013

Técnicamente —dice la Audiencia— no las asumió y, por lo tanto, no se puede verificar que la cobertura referida estuviera vinculada a un daño material.

La cobertura sobre la paralización de la actividad, en opinión del tribunal, se establece de forma independiente y no condicionada por todos los supuestos de parálisis de la actividad. Y es clara a favor del asegurado, al concluir que “La posibilidad de que se restrinja por aplicación de lo dispuesto en las cláusulas generales es algo que, en el caso de que enjuiciamos, no puede ser tenida en cuenta, atendiendo al hecho ya expuesto de que no se puede oponer al asegurado unas cláusulas que no se le entregaron y de las que nada sabía”. En consecuencia, estiman el recurso del dueño del restaurante, añadiendo la imposición de costas.

Para terminar este apartado de sentencias favorables a las empresas reclamantes, hacer una breve mención a la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de León de 12 de julio de 2022, que confirma la sentencia de instancia y estima dicha reclamación frente a la aseguradora, de las empresas perjudicadas por el cierre decretado a la raíz del covid, argumentando que “no es que el Juez de Instancia haga una incorrecta interpretación de las cláusulas limitativas o delimitadoras del riesgo como parece señalar la parte apelante en su recurso, sino que tiene en cuenta únicamente la póliza y las cláusulas concretas vigentes al momento del siniestro (...). La fecha de emisión de la actualización de póliza que alega la parte apelante data del 16 de septiembre de 2020, por



lo que ningún efecto retroactivo puede darse a dicho documento.”

Por el contrario, durante este año 2022 han sido al menos dieciséis las sentencias de audiencias provinciales que –cambiando el criterio- han resuelto casos desestimando dicha reclamación frente a las aseguradoras. Tras el dictado de estas sentencias, podemos decir que la jurisprudencia menor ha cambiado de criterio y se está pronunciando entendiendo que las garantías de pérdidas de beneficios incluidos en estos seguros de negocio no cubren las pérdidas derivadas del cierre como consecuencia del decreto de estado de alarma tras la COVID-19.

Así, la sentencia de la Audiencia Provincial de Girona de 25 de mayo de 2022[1], cambia el criterio adoptado hasta el momento por dicha Audiencia conforme al acuerdo de la Junta de Magistrados de las Secciones Civiles de 23 de marzo, y que establece lo siguiente: “En cuanto a la posible cobertura de los seguros de daños firmados por comercios y empresas, de los cierres o pérdidas de beneficios producidos a raíz de la aplicación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, y sus prórrogas, decidimos lo siguiente: Las coberturas de los contratos de seguros de daños que incluyan en sus condiciones particulares cláusulas de indemnización por paralización de actividad o por pérdida de beneficios no son aplicables al cierre total o parcial del negocio derivado de la declaración de estado de alarma.

En tales contratos, el riesgo asegurado es la producción de daños en el local de negocio (continente) o en los objetos asegurados que se encuentren en su interior (contenido) por las causas que prevén. La paralización de la actividad o la pérdida de beneficios sólo producirán el derecho de a la indemnización cuando hayan sido una consecuencia de los daños en los bienes asegurados, situación que no se ha producido en el caso de la declaración del estado de alarma.”

Y la última, hasta la fecha, ha sido la sentencia de la Audiencia Provincial de Granada de 7 de octubre

de 2022[2], en la que se hace un análisis de lo que es un seguro en general y de éste en particular: “En este seguro, como en cualquier otro, el asegurador sólo resulta obligado cuando se materializa el riesgo asegurado, debiendo entenderse por riesgo la posibilidad de un evento dañoso. El riesgo tiene carácter esencial en el contrato de seguro, hasta el punto que, según el artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro, «El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro». Así pues, el riesgo asegurado está constituido por la paralización total o parcial de la actividad desarrollada en el local asegurado, y más concretamente por la paralización que derive de incendio y complementarios, riesgos extensivos, daños por agua o robo, «siempre que estas hayan sido contratadas.» Lo cual es lógico porque el riesgo que interesa al régimen del contrato de seguro es el que está determinado en él, ya que el contrato ha de fijar los límites y las modalidades de ese riesgo que asume el asegurador”.

Pero lo llamativo y novedoso de esta sentencia es que entiende que no cabe considerar como siniestro objeto de cobertura la prohibición legal de ejercer la actividad de restauración, impuesta por la declaración del estado de alarma, ya que dicha prohibición se trata de un acto emitido por el gobierno de España en forma del Real Decreto-ley. En este sentido la resolución alude a la sentencia del Tribunal Constitucional 83/2016 de 26 de abril, al establecer que: “debe entenderse que la declaración del estado de alarma queda configurada en nuestro ordenamiento como una decisión o disposición con rango valor de ley. Y en consecuencia queda revestida de un valor normativo equiparable, por su contenido y efectos, al de las leyes y normas asimilables cuya aplicación puede excepcional, suspender o modificar

ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA REDACTAR SUS CLÁUSULAS DE MANERA QUE SE PUEDA ENTENDER LA COBERTURA EXACTA DE LAS GARANTÍAS INCLUIDAS EN ESTOS SEGUROS, EVITANDO REDACCIONES IMPRECISAS, AMBIGUAS U OSCURAS QUE LLEVEN A CONFUSIÓN

durante el estado de alarma”. Lo que lleva en conclusión a la audiencia a acoger la tesis de la entidad demandada, en el sentido de que “la previsión del ejercicio de la actividad económica en el sector de la hostelería viene amparada por una norma con rango de ley y por lo tanto la suspensión de dicha actividad no puede encuadrarse dentro del concepto de siniestro”.

III.- ¿Qué consideración deben de tener las cláusulas contenidas en el contrato de seguro que circunscriben o limitan el aseguramiento a que las pérdidas por la paralización sean consecuencia de un daño previo cubierto por el seguro?

Para resolver a esta cuestión, debemos acudir al artículo 1.281 del C.C. en conjunción con el artículo 3 de la LCS, de los que se desprende que, si los términos de un contrato son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, se estará al sentido literal de sus cláusulas. En este sentido, habrá que analizar si la cláusula opuesta por la aseguradora donde se excluya el supuesto en cuestión, se trata de una cláusula limitativa de los derechos de asegurado, y por tanto, tuviera que cumplir con lo dispuesto en el artículo 3 de la LCS, o si se trata de una cláusula delimitadora de los derechos del asegurado.

A este respecto, se refiere la sentencia 399/2020, de 6 de julio del Tribunal Supremo, que concreta que: “En principio, una condición delimitadora define el objeto del contrato, perfila el compromiso que asume la compañía aseguradora, de manera tal que, si el siniestro acaece fuera de dicha delimitación, positiva o negativamente explicitada en el contrato, no nace la obligación de la compañía aseguradora de hacerse cargo de

EL MECANISMO DE CONTROL DE TRANSPARENCIA DE ESTAS PÓLIZAS SOLO SERÁ RELEVANTE EN SUPUESTOS EN LOS QUE ESTE CLAUSULADO SIEMPRE DUDAS INTERPRETATIVAS

su cobertura. Las cláusulas limitativas, por el contrario, desempeñan distinto papel, en tanto en cuanto producido el riesgo actúan para restringir, condicionar o modificar el derecho de resarcimiento del asegurado”.

Por lo expuesto, habrá que determinar si la cláusula del condicionado general que resulta controvertida, define el alcance de la cobertura y es clara en cuanto a su redacción, sin que en ningún caso pueda ser considerada como limitativa de los derechos del asegurado, pues precisamente, concreta qué riesgo constituye el objeto de la cobertura.

Se aduce en la mayoría de las reclamaciones y demandas formuladas por este concepto a que la exclusión de la cobertura por el cierre obligado por el Estado es una clara limitación de los derechos del asegurado en un contrato de adhesión, por lo que su validez y oponibilidad vendría condicionada al cumplimiento de los requisitos del artículo 3 de la LCS. Si bien, hemos de indicar que la pandemia no está excluida expresamente en la generalidad de los contratos que están siendo objeto de controversia hasta el momento, sino que la exclusión a la que se alude por las aseguradoras, precisamente es a la consideración de que la pérdida de beneficios debe ser a consecuencia de un siniestro de daños cubiertos por la póliza.

En este sentido, cabe mencionar que la sentencia de la Audiencia Provincial de Murcia de 28 de febrero de 2022, que resulta esclarecedora en la materia que nos ocupa, pues estima el recurso de la aseguradora, y por tanto, desestima la demanda interpuesta por el asegurado, bajo los siguientes fundamentos: “Según se desprende de la propia póliza en su página 42 al fijar la garantía sobre el particular referido, estableciendo que se garantiza el pago de una indemnización diaria (...) cuando se produzca la paralización temporal, total o parcial de la actividad del establecimiento asegurado por daño directo como consecuencia de: un siniestro de daños propios cubierto por las garantías contratadas, (...), desprendiendo del tenor literal de lo expuesto que el seguro por lucro cesante contratado entre la parte no se activa por cualquier siniestro, sino por los previstos en la propia póliza y que son objeto del seguro (...) sin que estimemos factible enmarcar las mismas en el ámbito de limitaciones de derechos del asegurado, razón por la que





no procede entrar a examinar dicha definición bajo los parámetros de lo dispuesto en el artículo 3 de la LCS, al igual que tampoco cabe entrar a conocer si se trata de algún tipo de exclusión de la cobertura”.

Concluye esta sentencia que no es preciso entrar a valorar si esa cláusula es limitativa o no, pues sencillamente el hecho por el que se reclama no es objeto de cobertura, al exponer que: “(...) en ningún caso consideramos que deba incluirse en tal expresión, de una manera indefinida y expansiva, todo tipo de sucesos accidentales, súbitos e independientes a la voluntad del asegurado, incluidos aquellos en que la autoridad gubernamental establezca su cierre como consecuencia de las medidas adoptadas para afrontar la pandemia, pues de ser así se cubriría prácticamente cualquier pérdida procedente de cualquier cierre con independencia de la causa, y eso no se encuentra en la razón de ser de la ley ni resulta del contrato que nos ocupa, (...) no considerando que nos encontremos ante una controversia sobre la falta de claridad en la redacción, que desde luego favorecería al asegurado, sino ante la necesidad de interpretar la delimitación de la cobertura pactada por las partes”.

Por último y en igual sentido, la ya citada sentencia de la Audiencia Provincial de Granada de 7 de octubre del 2022, determina que “debe entenderse que la cláusula controvertida es una cláusula delimitadora del riesgo, en tanto que define cuáles son los hechos objeto de cobertura”. Pasando a exponer más adelante el contenido de las condiciones generales que se detallan bajo el epígrafe “garantías de pérdida de explotación” que establece que cubre “hasta la cantidad y por el periodo máximo indicado en las condiciones particulares, las pérdidas que usted sufra con motivo de la paralización parcial o total de la actividad del negocio asegurado a consecuencia de cualquier siniestro cuyos daños materiales se encuentren amparados en esta póliza”. La sentencia

LA “JURISPRUDENCIA MENOR” PARECE IR EN CONSONANCIA CON LAS PÓLIZAS HABITUALMENTE COMERCIALIZADAS EN NUESTRO PAÍS

añade expresamente que “la garantía de pérdida de beneficios contratada en la póliza se encuentra contratada adicionalmente dentro de una póliza multirisgo en la que se da cobertura a la pérdida de beneficios si esta es provocada por un siniestro que tiene cobertura por otra garantía contratada en la póliza. Así, a modo de ejemplo, si la póliza cubre el robo, la pérdida de beneficios estará cubierta si es derivada de un robo”.

En todo caso, será nuestro Alto Tribunal quien probablemente llegue a pronunciarse en algún momento sobre esta cuestión, escribiendo otro capítulo más sobre la diferencia entre cláusulas delimitadoras y limitativas, que ponga fin a la discusión sobre la consideración que deben de tener las cláusulas contenidas en el contrato de seguro que circunscriben o limitan el aseguramiento a que las pérdidas por la paralización sean consecuencia de un daño previo cubierto por el seguro, y, lo más importante, en qué supuestos y bajo qué condiciones podrían ser declaradas como “cláusulas sorprendentes” -aquellas cláusulas ya predispuestas en el contrato que restringen de manera sorprendente la cobertura del asegurado, y que se hallan dentro de las delimitadoras de cobertura de riesgo, considerándolas como cláusulas limitativas de derechos del asegurado-, lo que obliga a que hayan de estar redactadas en el contrato cumpliendo los requisitos del artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro. [E&J](#)

Casos Reales

SUPUESTO PRÁCTICO

Guía sobre las posibles
reclamaciones frente a las
compañías de seguros.

Por daños derivados del uso y circulación de vehículos a motor

Reclamación de cantidad a compañía de seguros del conductor responsable de accidente de tráfico.

Especialidad: Derecho Civil

Número: 13677

Tipo de caso: Caso Judicial

Voces: DELITO CONTRA LA SEGURIDAD VIAL, ENTIDAD DE SEGUROS, Indemnizaciones por secuelas, LESIONES, LESIONES CORPORALES, RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL

El caso

Supuesto de hecho.

País Vasco, 04-06-2021

Don Julen sufrió un accidente de tráfico debido a una colisión entre dos vehículos. El causante, tenía contratada una póliza de seguro con la compañía Seguros S.A. la cual no pretende abonar las cantidades estimadas por la demandante.

La parte demandante solicita en base a las lesiones producidas una indemnización de 5.494,83€ en base a los días de lesión y las secuelas producidas por el golpe. Mientras que la aseguradora, acepta el pago de 3.798'85€ los cuales consigna. La cantidad restante en base a la cuantía solicitada por las secuelas producidas es objeto de disputa negándose la aseguradora a abonarlos.

Tras varios intentos de conciliación previa por ambas partes, el juzgado decide en base a la carga probatoria, en cuanto a que la parte demandante no ha dado motivos suficientes para entender las secuelas como desestimadas, por lo que se estima íntegramente la demanda condenando a la compañía de Seguros S.A. al pago completo de la cantidad solicitada.

Objetivo. Cuestión planteada.

El cliente solicita la indemnización por parte del seguro de la cantidad de 5.494,83€ en base a las lesiones sufridas por la colisión así como las secuelas producidas por el accidente.

La estrategia. Solución propuesta.

El abogado considera que tras los intentos de reclamación extrajudicial realizados a la parte demandada sin haber llegado a un acuerdo, se ha de proceder a interponer a la demanda de juicio verbal por la que se reclama la cantidad de 5.494,83€ en base tanto a las lesiones como a las secuelas producidas por el accidente de tráfico en el que se vió envuelto su cliente.

El procedimiento judicial

Orden Jurisdiccional: Civil

Juzgado de inicio del procedimiento: Primera instancia

Tipo de procedimiento: Juicio verbal en reclamación de cantidad

Fecha de inicio del procedimiento: 08-11-2021

Partes

Parte demandante:

Don Julen

Parte demandada:

Seguros S.A.

Peticiones realizadas

La parte demandante solicita reclamación de la cantidad de CINCO MILCUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO EUROS Y OCHENTA Y TRES CÉNTIMOS (5.494,83€) contra y previos los trámites legales oportunos dice en su día Sentencia estimando íntegra o sustancialmente las pretensiones de la parte actora, condenando a la demandada al pago de la cuantía citada, más los intereses legales previstos en el art. 20 de la LCS, con expresa imposición de costas a la adversa.

Argumentos

El artículo 93 de la Ley 35/2015 define las secuelas como “deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos que derivan de una lesión y permanecen una vez finalizado el proceso de curación”.

A su vez, el artículo 136 prescribe que el perjuicio personal básico se padece “desde la fecha del accidente hasta el final del proceso curativo o hasta la estabilización lesional y su conversión en secuela”.

En consecuencia, el final del proceso curativo y la estabilización lesional son conceptos excluyentes. Así, la estabilización lesional implica necesariamente la ausencia de curación, y lleva aparejada la existencia de secuela, una vez se hayan agotado las posibilidades terapéuticas.

En el presente caso queda suficientemente acreditado que a la perjudicada no se le da el alta laboral por curación, sino por estabilización lesional, lo que implica la existencia de secuela. Por otra parte, a fecha de alta médica, 11 días después, se deja constancia de las manifestaciones que comporta la citada secuela, ya que persisten las manifestaciones álgicas (sobrecarga cervicodorsal, cefaleas, molestias a final de recorridos en columna cervico-dorsal).

En la práctica, para dar lugar a la existencia de secuela, debe objetivarse una rectificación de lordosis y además deben haberse agotado todas las posibilidades terapéuticas. La controversia radica en determinar cuándo se agotan estas posibilidades terapéuticas, habida cuenta de los “tiempos medios” que se utilizan a menudo y según muchas opiniones, de manera excesiva, en los tratamientos de rehabilitación a cargo de las aseguradoras responsables o mutuas, en su caso. Ello puede dar lugar a un “falso concepto de estabilización lesional” y en consecuencia, a indemnizaciones por debajo de lo que en derecho correspondería al lesionado.

Documental aportada

Parte demandante:

- Atestado policial
- Parte de lesiones en urgencias
- Alta hospitalaria
- Informes médicos
- Partes de alta y baja laboral
- Informe pericial del Doctor
- Oferta motivada de acuerdo

Parte demandada:

- Póliza de seguro
- Oferta motivada efectuada por la Aseguradora
- Justificante de consignación del pago
- Documentación médica remitida por la otra parte

Prueba

Documental

Estructura procesal

Tras una serie de reclamaciones extrajudiciales sin acuerdo. La parte demandante interpone demanda de juicio verbal en reclamación de cantidad frente a la Aseguradora. Todo ello, en virtud de del art. 7 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, que aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor y art. 76 de la Ley del contrato de Seguro.

Resolución Judicial

Fecha de la resolución judicial: 28-07-2022

Fallo o parte dispositiva de la resolución judicial:

Se estima íntegramente la demanda instada por la procuradora, en nombre y representación de Doña , contra Seguros S.A., y en consecuencia debo:

1. Condenar a la parte demandada a pagar a la actora la cantidad de 5.494'83 euros, con imposición de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro a Seguros S.A. desde la fecha del siniestro (4-6-2021), si bien teniendo en cuenta, a efectos de cálculo, la cantidad consignada a favor de la actora (3.798'85 euros) desde la fecha en que fue puesta a su disposición (3-12-2021).
2. Procede imponer las costas procesales a la parte demandada.

Fundamentos jurídicos de la resolución judicial:

La vigencia de la conocida regla Incumbit probatio ei qui dicit, non qui negat debe ser interpretada en el sentido de que incumbe al actor la prueba de los hechos normalmente constitutivos de su pretensión, y al demandado, en general, la de los impeditivos, modificativos, extintivos y excluyentes que alegue. La S.A.P. de Baleares, Sección 5ª, de 9-2-2005, destaca además que “la doctrina de la facilidad probatoria valora las posibilidades probatorias concretas de las partes; desplazando la carga de una a otra según criterios de mayor facilidad o dificultad; de la misma forma habrá de acreditar aquellos eventos que por su naturaleza especial o su carácter negativo no podrían ser demostrados por la parte adversa sin grandes dificultades.

En el presente caso, a tenor de la prueba documental y pericial practicada, se debe objetivar que los dos puntos de secuela por agravación de un proceso artrósico previo han quedado debidamente demostrados por medio del análisis expuesto por el doctor, quien expuso en la vista que había explorado personalmente a la paciente, que había tenido en cuenta todos los informes médicos que se elaboraron durante su tratamiento, y que llegó a la conclusión de haberse agravado su artrosis previa, que antes del accidente se encontraba silente, puesto que la paciente no había padecido de dolores con relación a la misma, ni tampoco tratamiento específico. Destacó que por causa del accidente su situación de artrosis se había agravado, al revelarse un dolor que antes no sentía.

La parte demandada no presentó informe pericial en sentido formal, y en su Oferta Motivada se hace constar que en su elaboración se han tenido en cuenta “los documentos de informe de alta médica y laboral de la Mutua”.

El informe pericial del doctor se encuentra claramente mejor fundado al disponer de más datos, haber

explorado personalmente a la paciente y resultar más comprensivo, en definitiva, de la situación personal en que quedó la Sr. Julen por causa del accidente de tráfico en que se vio involucrada. En consecuencia, se deben reconocer los 2 puntos de secuela por agravación de proceso artrósico previo, resultando la cantidad solicitada por la parte actora ajustada al Baremo de 2021, teniendo en cuenta la edad de la lesionada en el momento de su alta (41 años): 1.695'98 euros. Y procede por tanto la estimación íntegra de la demanda al quedar debidamente acreditados el resto de conceptos, que fueron por otra parte reconocidos por la demandada, debiendo fijarse la indemnización en 5.494'83 euros, al cumplirse todos los presupuestos del artículo 1.902 del Código Civil.

Jurisprudencia

Jurisprudencia (Enlaces)

- Audiencia Provincial de Pontevedra, núm. 20/2010, de 31-03-2010. CasosReales.Jurisprudencia. Marginal: 2219905
- Audiencia Provincial de Cáceres, núm. 311/2014, de 04-07-2014. CasosReales.Jurisprudencia. Marginal: 69302161
- Audiencia Provincial de Cádiz, núm. 60/2016, de 04-04-2016. CasosReales.Jurisprudencia. Marginal: 70312502

Documentos jurídicos

Documentos jurídicos de este caso

Visualización de documentos:

1. Demanda juicio verbal
2. Contestación
3. Sentencia

Formularios jurídicos relacionados con este caso

- Demanda de juicio verbal

Biblioteca

Libros

- ¿Cómo reclamar por un accidente de tráfico?

Artículos jurídicos

- Nueva orientación del Lucro Cesante por Daños Corporales en Accidentes de Tráfico a raíz de la Sentencia de Tribunal Supremo de la Sala de lo Civil de 25/03/2010 (febrero 2011)
- Tributación del seguro de accidente (mayo 2000)

Casos relacionados

- Falta contra las personas por lesiones sufridas en un accidente de circulación.
- Reclamación de cantidad por accidente de tráfico
- Responsabilidad extracontractual. Reclamación de daños materiales y lesiones. Accidentes de tráfico
- Demanda contencioso administrativa frente a la Administración por responsabilidad patrimonial
- Denuncia por accidente de tráfico. Falta de lesiones imprudentes.
- Reclamación de cantidad derivada de accidente de tráfico
- Responsabilidad extracontractual por accidente de tráfico. Reclamación de cantidad extrajudicial por lesiones corporales

Formularios MODELO DE ESCRITO

**Guía sobre las posibles
reclamaciones frente a
las compañías de
seguros.**



ESCRITO DE DEMANDA EJERCITANDO LA ACCIÓN DE RECLAMACIÓN DE CANTIDAD Y EL CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL DEL CONTRATO DE SEGURO

AL JUZGADO

Don..... Procurador de los Tribunales y de Don..... según se acredita mediante poder especial para pleitos que acompaño para su unión en autos por copia certificada con devolución del original, ante el Juzgado comparezco y, como mejor en Derecho proceda, **DIGO**:

Que mediante el presente escrito y en la representación que ostento interpongo demanda de juicio ordinario contra A, compañía de seguros, y contra B, compañía de leasing, en ejercicio de la acción de cumplimiento contractual y reclamación de cantidad, con base en los hechos y fundamentos de derecho que a continuación se detallan.

El demandante, Don con DNI nº..... tiene su domicilio en..... teléfono..... y se halla representado en este proceso por el procurador que suscribe y asistido por el abogado D.....

La codemandada, A, con NIF nº..... tiene su domicilio en teléfono (Otros datos para la identificación y localización del demandado)

La codemandada, B, con NIF nº..... tiene su domicilio en teléfono (Otros datos para la identificación y localización del demandado)

HECHOS

PRIMERO. Mi mandante decidió la adquisición de un vehículo de transporte al objeto de utilizarlo en su actividad profesional. El precio de compra del vehículo es de sesenta mil ciento un euros, con veintiún céntimos (60.101,21.-), más el dieciséis por ciento de IVA, es decir nueve mil seiscientos dieciséis euros, con diecinueve céntimos (9.616,19.-); la cantidad total ascendía a sesenta y nueve mil setecientos diecisiete euros, con cuarenta céntimos (69.717,40.-).

SEGUNDO. Al objeto de poder financiar la operación de compra del referido vehículo se recurrió al arrendamiento financiero o leasing, suscribiendo tal contrato con la compañía de leasing B.

En consecuencia la compañía B adquirió por el precio reseñado el vehículo para mi principal. El día 2 de enero de 1997 se suscribieron los contratos de ambas operaciones, compraventa del vehículo y contrato de leasing, contratos que acompaño señalados como documentos nº 1 y 2.

Para cubrir el capital financiado mi principal debía pagar 48 cuotas mensuales de mil setecientos cuarenta y dos euros con noventa y cuatro céntimos (1.742,94.-) cada una, cuotas que ha venido satisfaciendo puntualmente hasta el momento de la interposición de la presente demanda.

TERCERO. La compañía de leasing B, codemandada, indicó al usuario, mi principal, la conveniencia de suscribir un contrato de seguro sobre el vehículo objeto del contrato.

De acuerdo con estas indicaciones mi principal suscribió contrato de seguro con la otra codemandada, la compañía de seguros A, por un capital inicial de sesenta y nueve mil setecientos diecisiete euros, con cuarenta céntimos (69.717,40.-).

Esta cifra quedaba asimismo constituida como valor venal a los efectos de cobertura.

El siniestro objeto del contrato de seguro era solamente la "pérdida total" del vehículo, considerando como tal que el coste de reparación ascienda al 75% del valor venal.

Acompaño señalada como documento nº 3 copia de la póliza de seguros.

CUARTO. El vehículo de mi mandante el 15 de marzo del mismo año 1997 sufrió un accidente en la carretera nacional II, punto kilométrico 555, sin que mediara causa o actitud alguna del asegurado susceptible de encuadrarse en las EXCLUSIONES generales del contrato de seguro suscrito. (Vide la póliza acompañada de documento nº 3).

La magnitud del siniestro obligó a la inmovilización del vehículo y a su depósito en un taller, que elaboró un presupuesto de reparación que asciende a un total de setenta y dos mil ciento veintiún euros, con cuarenta y cinco céntimos (72.121,45.-).

Acompaño el presupuesto señalado como documento nº 4.

QUINTO. Dentro del plazo legal establecido, mi principal puso en conocimiento del asegurador y del tomador del seguro (las codemandadas) el acaecimiento del siniestro.

La respuesta de la codemandada, tras el examen del vehículo por su propio perito, fue la de comunicar por medio de carta de fecha 15 de abril (que acompaño señalada como documento nº 5), su negativa al pago de cantidad alguna al no constituir "pérdida total" del vehículo por no alcanzar el valor de la

reparación el 75% del valor venal del vehículo según la tasación practicada por el perito de la compañía de seguros.

SEXTO. Pese a las reiteradas reclamaciones de mi principal dirigidas a las codemandadas, éstas han seguido argumentando la falta de cobertura del siniestro acaecido y negándose al pago.

SÉPTIMO. El siniestro y la respuesta de la aseguradora han dejado sin medio de vida a mí representado, quien precisa para su trabajo diario del vehículo siniestrado que todavía se encuentra pendiente de reparación. Tales circunstancias provocan en mi representado unos daños y perjuicios considerables, cuya cuantía excede con creces el interés legal [\[2\]](#) de la suma se declare debe satisfacer la aseguradora demandada.

Los ingresos del actor se han visto drásticamente disminuidos a causa del siniestro y del incumplimiento de la demandada, quien con su actitud torticera a la hora de presupuestar la reparación del vehículo ha propiciado un grave lucro cesante en mi principal, lucro cesante que debe ser restituido en la medida que sea posible por quien lo ha generado en un comportamiento desleal en la ejecución del contrato de seguro.

Son de aplicación a los anteriores hechos los siguientes:

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I. Respecto al plazo para ejercitar la presente acción debemos estar a lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley del Contrato de Seguro:

"Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el plazo de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco si el seguro es de personas."

El plazo empieza a computarse en el momento en que la aseguradora se niega al cumplimiento tal como dispone el artículo 1969 C.C.

II. Respecto de la valoración de daños y perjuicios, deberán valorarse en el momento procesal oportuno conforme a las siguientes bases:

Valoración máxima de la paralización diaria de un vehículo de transporte 150,25.- euros/día, los dos primeros días.

A partir del tercer día 222,37.- euros/día

Estas bases vienen determinadas por la Orden del Ministerio de Obras Públicas y Transportes de 30 de enero de 1992 publicada en el BOE de 26 de febrero (nº 49), que dice así:

"Independientemente de la cantidad que corresponda pagar como precio del transporte o arrendamiento de la cabeza tractora con conductor en aplicación de la tarifa correspondiente, las paralizaciones del vehículo superiores a dos horas para efectuar operaciones de carga y descarga, se abonarán al transportista o arrendador a razón de 15 euros si ésta no supera las cuarenta y ocho horas, computándose a tal efecto de forma separada la posible paralización que pueda corresponder a las operaciones de carga de la que pueda corresponder a las de descarga; la parte de paralización que supera las 48 horas se abonará con un recargo del 50% sobre las cuantías anteriormente reseñadas."

Los daños y perjuicios se empiezan a generar desde que se constituye en mora el asegurador, lo que ocurre en virtud de la regla 3ª del art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro a los 40 días del siniestro, puesto que ninguna cantidad se ha abonado a mi principal, es decir, deben computarse todos los días laborables desde transcurridos 40 días del accidente y sumada la cantidad que corresponda como indemnización por daños y perjuicios.

En cuanto al interés moratorio, éste viene determinado por la regla 4ª del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro exigible a diario dejando su cuantificación para el momento de ejecución de sentencia.

III. Respecto al principal reclamado debe cuantificarse en virtud de las disposiciones de la póliza de seguro suscrita, concretamente en el apartado denominado "LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO".

Esta parte da por bueno el "valor venal" considerado por la compañía aseguradora codemandada, es decir sesenta y nueve mil setecientos diecisiete euros, con cuarenta céntimos (69.717,40.-). Consecuentemente dicha cantidad debe ser considerada como cantidad máxima de indemnización.

IV. Respecto del incumplimiento de contrato de seguro, de la realización arbitraria de la peritación y de la actitud de la aseguradora, son de aplicación los artículos 1256 y 1258 del CC y demás de la teoría general de los contratos.

La única circunstancia que permite la exoneración del pago de la indemnización es la que se indica en el artículo 19 de la Ley del Contrato de Seguro:

"El asegurador estará obligado al pago de la prestación salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por la mala fe del asegurado."

Circunstancia que obviamente no concurre en este caso.

V. Respecto del LITISCONSORCIO PASIVO NECESARIO impropio concurrente en el presente supuesto, viene determinado por la doctrina emanada del Alto Tribunal al desarrollar la figura, la cual sostiene que debe ser llamada al pleito cualquier persona que eventualmente pueda ser afectada por la sentencia que recaiga, ya haya intervenido o no en la relación jurídica determinante de la acción.

Circunstancia ésta que concurre en la compañía de leasing B, codemandada, en su condición de titular del vehículo. [\[1\]](#)

El Tribunal Supremo ha cimentado la creación de la figura del litisconsorcio pasivo necesario impropio en la afirmación de que es necesario traer al procedimiento a cuantas personas pueda afectar de manera directa la sentencia que eventualmente pudiera dictarse sobre el fondo del asunto. Acentúa la importancia de la presencia de quienes puedan estar en tal situación, según continua jurisprudencia del TS (SSTS 31 de octubre de 1985, 27 de febrero de 1991, 21 de octubre de 1993, etc.), avalada por la doctrina del TC que sostiene que no podrá ejecutarse una sentencia contra una persona que teniendo interés en la misma no actuó en el proceso que la ha generado por no haber sido llamado al mismo, vulnerando de lo contrario el derecho de defensa consagrado por el artículo 24 CE.

Fundamento de derecho II, STS 31 de octubre de 1985

Fundamento de derecho II, STS 21 de febrero de 1991:

"(...) lo decisivo es si la sentencia que eventualmente pudiera dictarse sobre el fondo de las cuestiones planteadas afectaría a personas no demandadas lesionando sus derechos sin haber sido oídas y sin tener, por tanto, oportunidad de ejercitar su defensa de rango constitucional, art. 24.2 de la Ley Fundamental-".
STS 21 de octubre de 1993: "(...) las personas no llamadas al proceso que tengan un interés legítimo que pueda ser perjudicado por una resolución recaída en el proceso en el que no han sido oídas, con la consecuente conculcación del principio de bilateralidad de la audiencia, evitando la indefensión y los pronunciamientos que afectarían a personas no demandadas, incluso aunque no hayan intervenido en la misma relación jurídico-material."

STS de 16 de mayo de 1997,

"Como se dice en la Sentencia de 1 julio 1993 «... es doctrina constante de esta Sala la de que, aun cuando el actor es libre para llamar al pleito a quien crea y entienda que debe estar presente en el mismo, la relación jurídico procesal que se inicia con la demanda y perfecciona con el emplazamiento en la litis del demandado o demandados tan sólo estará bien constituida cuando se haya dado la oportunidad de ser oídos en la litis a cuantos, por tener interés directo en el pleito, puedan resultar afectados por lo fallado en el mismo, ya que, en otro caso, la resolución que en él recayera podría ocasionar indefensión a aquellos que, faltos de la oportunidad de alegar y probar lo que a su derecho conviniese, hubiesen de verse obligados a acatar lo resuelto, que opera sobre sus derechos o intereses. Es igualmente doctrina de esta Sala que la forzosidad de este litisconsorcio pasivo puede y debe apreciarse por los órganos jurisdiccionales, incluso de oficio, en cualquiera de las fases del procedimiento, sin perjuicio de que esta última actuación judicial ha de ser adoptada con las debidas cautelas, para evitar que con ello se favorezcan las posturas dilatorias de quienes, pudiendo y debiendo alegar el defecto litisconsorcial en la contestación a la demanda, por la vía de la correspondiente excepción, lo que podría dar lugar a la subsanación del defecto en el momento de la preceptiva comparecencia ante el Juez, con la consiguiente convalidación de la litis iniciada, prefieren omitir su oposición procesal, que únicamente ponen de manifiesto en momentos posteriores, cuando el tenor de las resoluciones de instancia ya pronunciadas les hacen temer un resultado desfavorable a la tesis mantenida en el litigio. La necesaria compatibilización de las doctrinas jurisprudenciales anteriormente aludidas nos llevará a la obligada estimación del litisconsorcio pasivo en todos aquellos supuestos en que aparezca de manera clara y patente el interés en el litigio de una tercera persona no llamada al mismo."

VI. Art. 6 de la L.E.C, en cuanto a la capacidad de las partes.

VII. Arts. 23 y 31 de la L.E.C., en cuanto a la representación y asistencia procesal, a los cuales se da cumplimiento en el encabezamiento del presente escrito

VIII. Art. 45 de la L.E.C., en cuanto a la competencia objetiva.

IX. Arts. 51 y 52 de la L.E.C., en cuanto a la competencia territorial.

X. En cuanto a la procedencia del juicio ordinario, art. 249.2 de la L.E.C., habiéndose definido la cuantía del pleito en los Hechos Primero, Segundo y Tercero de este escrito (documentos 1, 2 y 3), de conformidad con el art. 251.1ª y en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 253, ambos de la L.E.C. En cuanto a las reglas del procedimiento, arts. 399 a 436.

XI. Art. 394 de la L.E.C., en cuanto a la condena en costas.

XII. Principio "Iura Novit Curia" y cuantos otros principios sean de aplicación al presente supuesto.

En su virtud,

SUPLICO AL JUZGADO que teniendo por presentado este escrito con sus copias y documentos que lo acompañan, se sirva admitirlo y tenerme por comparecido y parte en este proceso en la representación que ostento, y admitiéndolo a trámite, por planteada acción de reclamación de cantidad, de cumplimiento contractual y cuantas otras se convinieran al derecho de mi patrocinado, cuya tramitación se seguirá por las normas del juicio ordinario; se emplace en debida forma a los codemandados, y tras los trámites legales oportunos se dicte sentencia por la que se declare:

Que el accidente sufrido por el vehículo del actor supone "pérdida total" del vehículo según se entiende en la póliza nº..... de la codemandada compañía de seguros A.

Que la codemandada A adeuda en concepto de indemnización, como consecuencia de la "pérdida total" la cantidad máxima correspondiente al valor venal aceptado por la propia codemandada, que asciende a la cantidad deeuros.

Subsidiariamente, en el caso que el Juzgador no estime aconsejable extender la indemnización al límite máximo del valor venal, se declare que la codemandada compañía de seguros A adeuda la cantidad de en concepto de "pérdida total", correspondiendo la referida cantidad al capital pendiente de amortización en el momento en que se produjo el siniestro.

Asimismo se condene a la codemandada, compañía de seguros A, a pagar los intereses de demora de la cantidad determinada en concepto de indemnización, que deben establecerse en el interés legal del dinero incrementado en un 50%, pagaderos diariamente (Regla 4ª, art. 20 LCS), cuya cuantificación definitiva se practicará en ejecución de sentencia.

Que se condene a la codemandada, compañía de seguros A, a pagar a la actora indemnización de daños y perjuicios, en la cantidad que SSª estime pertinente en concepto de lucro cesante.

Y en consecuencia se condene a las codemandadas a:

1º. Pasar por las anteriores declaraciones.

2º. A la compañía de seguros A al pago de todas las cantidades a la que sea condenada en concepto de cobertura del seguro, indemnización por mora e indemnización por daños y perjuicios.

3º. Expresa y solidariamente al pago de las costas a los codemandados, caso de oponerse a la presente pretensión, o aquél de aquéllos que lo haga.

[1] Obsérvese, no obstante, que la interposición de la demanda frente a la compañía de leasing puede conllevar que sea condenado en costas el actor por las generadas a instancia de aquélla, ya que ninguna pretensión se ejercita directamente frente a la misma y difícilmente se opondrá a la pretensión del demandante (art. 394 de la L.E.C.). Otra cosa es que, si no se produce la subrogación real del valor de la indemnización en el lugar del vehículo objeto del contrato de leasing, éste pueda extinguirse por destrucción del objeto y, en esta indirecta medida, la sentencia afectará a la compañía de leasing.

[2] La Disposición adicional décimoctava de la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010 establece que el tipo de interés legal del dinero queda fijado en el 4 por ciento hasta el 31 de diciembre del año 2010.
Durante el mismo período, el interés de demora será del 5 por ciento.

La Disposición adicional vigésima séptima de la Ley 2/2008, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2009 establece que el tipo de interés legal del dinero queda fijado en el 4 por ciento hasta el 31 de diciembre del año 2009.

Durante el mismo período, el interés de demora será del 5 por ciento.

Téngase presente la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales, y en la que para los supuestos incardinables dentro de su ámbito de aplicación se regulan una serie de efectos, entre otros, sobre interés de demora y otros gastos resarcibles:

Artículo 1. Objeto.

Esta Ley tiene por objeto combatir la morosidad en el pago de deudas dinerarias y el abuso, en perjuicio del acreedor, en la fijación de los plazos de pago en las operaciones comerciales que den lugar a la entrega de bienes o a la prestación de servicios realizadas entre empresas o entre empresas y la Administración.

Artículo 3. Ámbito de aplicación.

1. Esta Ley será de aplicación a todos los pagos efectuados como contraprestación en las operaciones comerciales realizadas entre empresas, o entre empresas y la Administración, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, así como las realizadas entre los contratistas principales y sus proveedores y subcontratistas.

2. Quedan fuera del ámbito de aplicación de esta Ley:

a) Los pagos efectuados en las operaciones comerciales en las que intervengan consumidores.

b) Los intereses relacionados con la legislación en materia de cheques, pagarés y letras de cambio y los pagos de indemnizaciones por daños, incluidos los pagos por entidades aseguradoras.

c) Las deudas sometidas a procedimientos concursales incoados contra el deudor, que se regirán por lo establecido en su legislación especial.