



Roj: **STS 195/2023 - ECLI:ES:TS:2023:195**

Id Cendoj: **28079119912023100001**

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

Sede: **Madrid**

Sección: **991**

Fecha: **31/01/2023**

Nº de Recurso: **1594/2019**

Nº de Resolución: **129/2023**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **PEDRO JOSE VELA TORRES**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP GR 1996/2018,**
STS 195/2023

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil PLENO

Sentencia núm. 129/2023

Fecha de sentencia: 31/01/2023 Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 1594/2019 Fallo/Acuerdo: Sentencia Estimando Fecha de Votación y Fallo: 25/01/2023

Ponente: Excmo. Sr. D. **Pedro José Vela Torres**

Procedencia: AUD.PROV. DE GRANADA CIVIL SECCION N. 5

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Andrés Sánchez Guiu

Transcrito por: MAJ Nota:

CASACIÓN núm.: 1594/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. **Pedro José Vela Torres**

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Luis Ignacio Andrés Sánchez Guiu

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil PLENO

Sentencia núm. 129/2023

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marín Castán, presidente

D. Francisco Javier Arroyo Fiestas

D. Ignacio Sancho Gargallo D. Rafael Sarazá Jimena

D. **Pedro José Vela Torres**

D.^a M.^a Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg D. Juan María Díaz Fraile

En Madrid, a 31 de enero de 2023.



Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por Caja Granada Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., representada por la procuradora D.^a Mercedes Marín Iribarren, bajo la dirección letrada de D.^a Inmaculada

Fernández González, contra la sentencia núm. 495/2018, de 21 de diciembre, dictada por la Sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Granada, en el recurso de apelación núm. 642/2017, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario núm. 15/2017, del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n.º 2 de Loja, sobre seguro de incapacidad permanente. Ha sido parte recurrida D. Amador , representado por la procuradora D.^a M.^a Teresa Marcos Moreno y bajo la dirección letrada de D. Demetrio Gómez López-Barranco.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. **Pedro José Vela Torres**.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.- El procurador D. José Manuel Ramos Rodríguez, en nombre y representación de D. Amador , interpuso demanda de juicio ordinario contra Caja Granada Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en la que solicitaba se dictara sentencia:

«[...] por medio de la cual se le condene al pago de la garantía asegurada en la póliza suscrita con fecha 2 de febrero de 2009 por importe de CUARENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO EUROS CON VEINTICUATRO CENTIMOS (41.158,24 €) más los

intereses legalmente previstos en el art. 20 de la Ley del Contrato de Seguro, todo ello con expresa imposición en costas del presente procedimiento a la parte demandada»

2.- Presentada la demanda y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Loja, se registró con el núm. 15/2017. Una vez admitida a trámite, se emplazó a la parte demandada.

3.- El procurador D. Francisco Luis Fernández Vaquero, en representación de Caja Granada Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación de la demanda y la condena en costas a la parte actora.

4.- Tras seguirse los trámites correspondientes, el juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Loja dictó sentencia de fecha 20 de julio de 2017, con la siguiente parte dispositiva:

«Que estimando íntegramente la demanda interpuesta por el Procurador Sr. José Manuel Ramos Rodríguez en nombre y representación de Amador , contra la Cía. CAJA GRANADA VIDA, CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., debo condenar y

condeno a CAJA GRANADA VIDA, CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. a abonar a la parte actora la cantidad de CUARENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO EUROS Y VEINTICUATRO CÉNTIMOS (41.158,24 euros), más el interés legal desde la interposición de la demanda, ello con expresa imposición a la parte demandada de las costas causadas».

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

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

2.- La resolución de este recurso correspondió a la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Granada, que lo tramitó con el número de rollo 642/2017 y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 21 de diciembre de 2018, cuya parte dispositiva establece:

«Desestimar el recurso promovido por Caja Granada Vida, Cia. De Seguros y Reaseguros, S.A., contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº Dos de Loja en el procedimiento de Juicio Ordinario nº 15/17, seguido contra D. Amador , se confirma la sentencia e imponen al apelante las costas del recurso».

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

Caja Granada Vida, Cia. De Seguros y Reaseguros, S.A., interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

«Primero.- Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.2.3º de la LEC y art. 477.3 LEC. Infracción de lo dispuesto en el art. 83 LCS, que limita la obligación de pago de la prestación a lo establecido en el contrato en relación con el art. 1 de la LCS, con el 1.091, 1.258 y 1.278 del Cc. [...].



»Segundo.- Al amparo del art. 477.2.3º de la LEC y art. 477.3 LEC, por infracción por inaplicación de lo dispuesto en el artículo 1.281Cc [...].

»Tercero.- Se articula de forma subsidiaria para el hipotético caso de mantenimiento de la condena al pago de prestación del seguro de vida litigioso. Al amparo del art. 477.2.3º de la LEC y art. 477.3 de la LEC, por infracción por inaplicación de lo dispuesto en el artículo 88 de la Ley de Contrato de Seguro en relación con lo dispuesto en el art. 83 LCS, existiendo oposición a la jurisprudencia del T.S. [...].».

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 la Sala y personadas las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 9 de junio de 2021, cuya parte dispositiva es como sigue:

«Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de Caja Granada Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. contra la sentencia dictada en segunda instancia, el 21 de diciembre de 2018, por la Audiencia Provincial de Granada, Sección 5.ª, en el rollo de apelación n.º 642/2017, dimanante del juicio ordinario n.º 15/2017, seguido ante el Juzgado de Primera Instancia n.º 2 de Loja.»

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

4.- Al no solicitarse por las partes la celebración de vista pública se señaló para votación y fallo el 16 de noviembre de 2022. En cuya deliberación, los magistrados participantes decidieron proponer al presidente de la Sala que el

asunto fuera avocado a pleno, lo que se acordó por providencia de esa misma fecha señalándose a tal fin el día 25 de enero de 2023, en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes*

1.- Entre el 25 de febrero de 2009 y el 25 de octubre de 2014, D. Amador tuvo concertado un seguro de vida, vinculado a un préstamo hipotecario, con la compañía Caja Granada Vida compañía de seguros y reaseguros S.A., entre cuyos riesgos asegurados se encontraba el de incapacidad permanente absoluta. La cláusula que se refería a dicha cobertura establecía:

«En virtud de esta cobertura, la Entidad aseguradora garantiza el anticipo del cobro de la prestación asegurada por el riesgo principal del fallecimiento, en el caso de que el Asegurado resulte afectado por una invalidez absoluta y permanente para todo trabajo de forma irreversible, que le dé derecho al cobro de una pensión a cargo del erario público o entidad de previsión alternativa.

[...]

»Se entenderá que la fecha de ocurrencia de la invalidez coincide con la fecha que se establezca por el organismo público o entidad de previsión alternativa, en el documento acreditativo de la invalidez, que determine el derecho al cobro de una pensión a favor del Asegurado».

2.- En la póliza se designaba como primer beneficiario a la Caja de Ahorros de Granada y como segundo al propio asegurado.

3.- El 25 de agosto de 2014, a consecuencia de una enfermedad común, el Sr. Amador fue dado de baja laboral por un periodo inicial de doce meses. En esa fecha todavía estaba en vigor el contrato de seguro.

El 4 de septiembre siguiente, el Sr. Amador fue hospitalizado por sospecha de leucemia aguda, lo que fue confirmado en esa misma fecha, diagnosticándosele una leucemia aguda linfoblástica Pro-T. Juicio clínico que ya no cambió durante todo el tratamiento médico posterior hasta la fecha del reconocimiento de la incapacidad permanente.

Asimismo, en los partes de baja por incapacidad temporal que se fueron sucediendo en ese periodo el diagnóstico fue siempre el de «Leucemia tipo celular neom. Aguda. Sin remisión».

4.- Por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 16 de marzo de 2016, cuando el contrato ya no estaba en vigor, el Sr. Amador, que seguía en incapacidad temporal, fue declarado en situación de incapacidad permanente por enfermedad común. Dicha resolución se basaba en el Dictamen-Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) de 24 de febrero de 2016, que describía el cuadro clínico en los siguientes términos:



«Leucemia aguda linfoblástica Pro-T. Enfermedad del injerto contra el huésped overlap mucosa y gástrica. Fractura de vértebra lumbar osteoporótica L3 y L5, Trastorno adaptativo».

5.- El Sr. Amador presentó una demanda contra la aseguradora Caja Granada Vida, en la que solicitó que se la condenara al pago de 41.158,24 €, más el interés del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS), en concepto de indemnización prevista en la póliza para el caso de incapacidad permanente absoluta.

6.- El juzgado de primera instancia estimó la demanda, al considerar, resumidamente, en lo que ahora importa, que la fecha del siniestro era la de la baja laboral, por lo que el mismo se produjo durante la vigencia de la póliza. Desechó la aplicación de la previsión contractual sobre la fecha de la resolución del INSS con el argumento de que sería tanto como dejar los plazos de la póliza contratada a la eficacia o rapidez en la tramitación del organismo público. Por ello, consideró que la cláusula antes transcrita sobre la fecha de ocurrencia de la invalidez debía interpretarse en el sentido de que era exigible una declaración formal de invalidez pero relativa a una enfermedad causante producida durante el periodo de vigencia de la póliza. En consecuencia, condenó a la demandada a indemnizar al demandante, si bien no concedió los intereses del art. 20 LCS, sino los legales desde la fecha de interposición de la demanda.

7.- El recurso de apelación interpuesto por la aseguradora fue desestimado por la Audiencia Provincial, al considerar que la enfermedad determinante de la posterior invalidez se manifestó durante la vigencia del contrato de seguro.

8.- La aseguradora demandada ha interpuesto un recurso de casación.

SEGUNDO.- *Primer y segundo motivos de casación. Planteamiento. Admisibilidad. Resolución conjunta*

1.- El primer motivo del recurso de casación denuncia la infracción del art. 83 LCS, en relación con los arts. 1 LCS y 1091, 1258 y 1278 CC y la jurisprudencia contenida en las sentencias de esta sala 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo.

En el desarrollo del motivo se aduce, resumidamente, que conforme a lo pactado en la póliza la fecha del siniestro era la del reconocimiento administrativo de la incapacidad permanente y en este caso, cuando se dictó la correspondiente resolución del INSS ya no estaba en vigor la póliza.

2.- El segundo motivo de casación denuncia la infracción del art. 1281.I CC, en relación con la interpretación literal de los contratos.

Al desarrollar el motivo, la parte recurrente argumenta, sintéticamente, que la sentencia recurrida obvia la redacción de la cláusula relativa al objeto del contrato, que establece literalmente que la fecha de la invalidez es la de su reconocimiento por el organismo administrativo correspondiente.

3.- Los óbices de admisibilidad opuestos por la parte recurrida, por falta de acreditación del interés casacional, deben ser desatendidos. En estos dos primeros motivos del recurso se identifican las normas sustantivas que se consideran infringidas y la jurisprudencia de este Tribunal que se vulnera. Lo que es suficiente para su admisibilidad, sin perjuicio de la decisión final sobre su estimación o desestimación.

4.- Dada la evidente conexidad argumental entre ambos motivos, se resolverán conjuntamente, para evitar inútiles reiteraciones.

TERCERO.- *Decisión de la Sala. Fecha del siniestro en los seguros de invalidez. Desestimación de los dos primeros motivos de casación*

1.- La sentencia 100/2011, de 2 de marzo, que se remite a la sentencia 372/1996, de 16 de mayo, estableció que en el seguro de vida que incluye como cobertura complementaria la incapacidad o invalidez como consecuencia de enfermedad, el riesgo asegurado es la incapacidad o invalidez declarada mediante resolución administrativa o judicial y no la enfermedad que dio lugar a la misma, que solamente sería el hecho generador del riesgo. En consecuencia, como regla general, el evento dañoso, el riesgo asegurado, tiene lugar cuando se produce la declaración oficial de la incapacidad o invalidez.

No obstante, estos pronunciamientos tuvieron lugar en casos en los que no se discutía concretamente cuál era la fecha del siniestro en este tipo de seguros, sino que la cuestión litigiosa versaba sobre qué compañía de seguros debía cubrir un siniestro en caso de sucesión de pólizas (las citadas sentencias 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo), o sobre la validez de una cláusula que anticipaba expresamente la fecha del siniestro a la del diagnóstico de la enfermedad (sentencia 60/2021, de 8 de febrero). Según esta jurisprudencia, salvo pacto expreso en contrario, en el seguro de incapacidad o invalidez el pago de la indemnización corresponde a la aseguradora cuyo



contrato estaba en vigor cuando se produjo la declaración de invalidez, aunque no lo estuviera cuando se inició la enfermedad invalidante

2.- En contraposición a tales pronunciamientos, la sala ha dado un tratamiento diferente al seguro que cubre la incapacidad o invalidez causada por un accidente, en el que, a efectos de determinación de la fecha del siniestro, lo relevante es la fecha en que se produjo el accidente, aunque posteriormente se produzca la declaración de la incapacidad (sentencia del pleno 736/2016, de 21 de diciembre).

3.- A diferencia de lo que sucede con el seguro de accidentes (art. 100 LCS), la LCS no da una definición de invalidez, posiblemente porque el seguro de invalidez, o de incapacidad permanente, no está regulado como tal en la Ley, con *nomen iuris* propio, y suele introducirse en la práctica aseguradora como una cobertura complementaria en los seguros de vida, al amparo de la amplitud de configuración contractual en los seguros de personas que permite el art. 80 LCS.

En el ámbito específico de la legislación de la Seguridad Social, la incapacidad permanente viene definida en el art. 193.1 LGSS, pero no basta con encontrarse en la situación descrita en el precepto (padecimiento de reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen la capacidad laboral), sino que, para ser beneficiario de la prestación correspondiente, dicha situación ha de ser expresamente declarada por los organismos competentes de la Seguridad Social (arts. 195 y 200 LGSS).

Por su parte el art. 13.2 de la Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, establece:

«El hecho causante de la prestación se entenderá producido en la fecha en la que se haya extinguido la incapacidad temporal de la que se derive la invalidez permanente.

En los supuestos en que la invalidez permanente no esté precedida de una incapacidad temporal o ésta no se hubiera extinguido, se considerará producido el hecho causante en la fecha de emisión del dictamen-propuesta del equipo de valoración de incapacidades».

En el caso objeto del recurso, se da la circunstancia del segundo párrafo, puesto que hubo continuidad entre la incapacidad temporal no extinguida y la invalidez permanente, ya que el Sr. Amador fue primeramente dado de baja laboral en agosto de 2014 (en esa fecha todavía estaba en vigor el contrato de seguro), y finalmente por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 16 de marzo de 2016 (cuando el contrato ya no estaba en vigor), fue declarado en situación de incapacidad permanente por enfermedad común.

4.- Esta normativa de Seguridad Social ha sido interpretada por la Sala de lo Social de este Tribunal Supremo en el sentido de que «el acto declarativo de la IP es un acto complejo, en el que es distinguible un aspecto de valoración médica y otro de valoración jurídica y solo por la conjunción de ambos puede surgir el fenómeno, propiamente jurídico-social, del reconocimiento de la IP» (sentencia de 6 de noviembre de 2008, rec. 4255/2007, ECLI:ES:TS:2008:6582).

A su vez, la sentencia del pleno de dicha Sala Cuarta de 14 de abril de 2010 (rec. 1813/2009, ECLI:ES:TS:2010:2746) declaró que, respecto de la fecha del hecho causante de la incapacidad permanente por enfermedad común no podía adoptarse la misma solución que respecto de la fecha del accidente:

«[d]ada la dificultad de fijar el momento en que se inicia de forma trascendente la situación de enfermedad común de la que sin solución de continuidad deriva necesariamente la posterior declaración de incapacidad permanente».

Así como que:

«[l]a enfermedad en cuanto, "perturbación del estado de salud" presenta más dificultades de determinación temporal que el accidente - laboral o no-, pues éste opera produciendo una lesión corporal como consecuencia de una acción "violenta, súbita y externa" que es fácilmente observable en su principio y fin. El carácter más difuso de la enfermedad complica los problemas de inclusión del siniestro en el ámbito de la cobertura, pues, por una parte, puede fomentar la

denominada "antiselección de riesgos" con respecto a enfermedades anteriores al seguro y, por otra, en sentido contrario, genera dificultades en orden a la fijación del límite de la cobertura respecto a las secuelas de la enfermedad que se manifiestan después de terminada la vigencia del contrato, en especial en las enfermedades en que el efecto propiamente invalidante se proyecta en el tiempo a partir de una evolución a veces muy lenta o del desencadenamiento de una crisis».

Razones todas por las que la mencionada sentencia de pleno concluyó:



(i) Como regla general, para contingencias comunes, en defecto de regulación específica en la norma o pacto constitutivo de la mejora (incluido el seguro voluntario), para determinar la fecha del hecho causante de una mejora voluntaria, y con ella, la responsabilidad en cuanto a su abono ha de acudir a la correspondiente norma sobre prestaciones obligatorias de Seguridad Social, que fija aquélla en la fecha de dictamen del EVI o de la UVAMI.

(ii) Como excepción, la fecha del hecho causante puede retrotraerse al momento real en que las secuelas se revelan como permanentes e irreversibles.

5.- Del mismo modo que en su día consideramos procedente coordinar la jurisprudencia de esta sala en materia de fecha del siniestro en el seguro de accidentes con la de la sala de lo social de este Tribunal Supremo (sentencia del pleno 736/2016, de 21 de diciembre), ahora consideramos procedente igualmente llevar a cabo la misma coordinación respecto de la fecha del siniestro en el seguro de invalidez o incapacidad permanente. Por lo que debemos hacer nuestras las mismas conclusiones, sobre la regla general y la excepción, expuestas en el apartado anterior, que además, no solo no se oponen a los pronunciamientos previos de esta sala, sino que la regla general coincide con las conclusiones de las sentencias 372/1996, de 16 de mayo, y 100/2011, de 2 de marzo, y la excepción con la admisibilidad de tal circunstancia contemplada en la sentencia 60/2021, de 8 de febrero.

6.- Conforme a tales criterios y tomando como fecha del siniestro la del dictamen del EVI (24 de febrero de 2016), en el caso objeto de enjuiciamiento el siniestro

se habría producido fuera del periodo de vigencia de la póliza si tomáramos en consideración la regla general. Pero los datos médicos descritos en el fundamento jurídico primero revelan que la enfermedad causante de la incapacidad permanente -la leucemia- se reveló como permanente e irreversible desde el primer diagnóstico, el 4 de septiembre de 2014, cuando la póliza todavía estaba en vigor. Por lo que estaríamos en el caso previsto en la excepción, que permite considerar como fecha del siniestro la del diagnóstico de la enfermedad.

7.- Como quiera que la cláusula contractual que fijaba la fecha del siniestro excluía la posibilidad de que la misma pudiera ser anterior a la de las resoluciones administrativas (en particular, el dictamen del EVI), debe considerarse limitativa de los derechos del asegurado. Por lo que, al no reunir los requisitos del art. 3 LCS (no aparece resaltada en la póliza ni consta aceptada expresamente), resulta inoponible al asegurado. De modo que la interpretación contractual realizada en la instancia ha de considerarse ajustada a Derecho.

8.- Como consecuencia de ello, los dos primeros motivos de casación deben ser desestimados.

CUARTO.- Tercer motivo de casación. Planteamiento. Admisibilidad

1.- El tercer motivo de casación, formulado con carácter subsidiario a los anteriores, denuncia la infracción de los arts.83 y 88 LCS, relativos a la designación y orden de los beneficiarios en los seguros de personas.

2.- En el desarrollo del motivo, la aseguradora recurrente alega, resumidamente, que en la póliza se designó como primera beneficiaria a la Caja de Ahorros de Granada, lo que no ha sido tenido en cuenta en la sentencia recurrida, que atribuye directamente la indemnización al asegurado.

3.- La oposición a la admisibilidad del motivo por supuesta falta de justificación del interés casacional debe seguir la misma suerte que la esgrimida frente a los dos anteriores motivos, en cuanto que el motivo, al identificar los preceptos

sustantivos infringidos y la jurisprudencia vulnerada, cumple con los requisitos de admisibilidad.

QUINTO.- Decisión de la Sala. Designación de beneficiarios en las pólizas de seguros de personas vinculadas a contratos de préstamo. Estimación y consecuencias

1.- La sentencia recurrida no niega expresamente que la entidad prestamista del contrato de préstamo al que estaba vinculado el de seguro objeto de litigio hubiera sido designada beneficiaria (art. 83 LCS), ni el derecho de crédito reforzado reconoce al beneficiario en un seguro de personas (art. 88 LCS), sino que, según parece deducirse del auto de denegación del complemento de sentencia, consideró que como en la demanda solamente se había solicitado el reconocimiento del derecho del segundo beneficiario a eso debía ceñirse el pronunciamiento judicial. Lo que, eso sí, vulnera las previsiones legales sobre el orden de llamamiento en caso de pluralidad de beneficiarios.

2.- Como declaramos en las sentencias 669/2014, de 2 de diciembre, 222/2017, de 5 de abril, y 37/2019, de 21 de enero, en los seguros de personas vinculados a préstamos hipotecarios, el tomador/asegurado o, en su caso, sus herederos, tienen plena legitimación para reclamar a la aseguradora la indemnización pactada, aunque en la designación de beneficiarios efectuada en la póliza aparezca en primer lugar la entidad prestamista. Sin perjuicio de que, con cargo a la suma asegurada, deba entregarse en primer lugar a la



entidad beneficiaria el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro, para luego abonar el remanente al asegurado o sus herederos.

Todo ello, porque como resaltó la citada sentencia 222/2017, de 5 de abril, este tipo de seguros responden a un interés compartido por el tomador/asegurado demandante y la entidad de crédito prestamista: el del primero, quedar liberado de su obligación de devolver el préstamo si se produce

el siniestro; y el de la segunda, garantizarse la devolución del préstamo si no lo devuelve el prestatario en caso de muerte o invalidez.

3.- En este caso, nos encontramos ante el mismo supuesto de interés compartido, por lo que el tercer motivo de casación debe ser estimado, con el único efecto, derivado de su subsidiariedad, de complementar el fallo de la sentencia de primera instancia (en cuanto que confirmada por la ahora recurrida) para indicar que, con cargo a la suma asegurada, deberá entregarse en primer lugar a la entidad prestamista/beneficiaria el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro (si lo hubiera), y el remanente al Sr. Amador .

SEXTO.- Costas y depósitos

1.- La estimación del recurso de casación conlleva que no proceda hacer expresa imposición de las costas por él causadas, según establece el art. 398.2 LEC.

2.- Asimismo, la estimación en parte del recurso de apelación -en cuanto a los efectos del pago a los beneficiarios sucesivos- también comporta que no proceda hacer expresa imposición de las costas de la segunda instancia, a tenor del mismo art. 398.2 LEC.

3.- En cuanto a las costas de la primera instancia, pese a la estimación de la demanda, igualmente no debe hacerse imposición, por las dudas de derecho expuestas y la inexistencia en la fecha en que se dictó la sentencia de primera instancia de jurisprudencia clara y concluyente de la Sala, según permite el art.

394.1 LEC.

4.- Finalmente, procede ordenar la devolución de los depósitos constituidos para la formulación de los recursos de apelación y casación, de conformidad con la disposición adicional 15ª, apartado 8, LOPJ.

FALLO

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

1 .º- Estimar el recurso de casación interpuesto por Caja Vida Granada S.A. contra la sentencia núm. 495/2018, de 21 de diciembre, dictada por la Sección 5ª de la Audiencia Provincial de Granada, en el recurso de apelación núm. 642/2017, en el único sentido de complementar el fallo de la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de Loja, en el juicio ordinario núm.15/2017, indicando que, con cargo a la suma asegurada, la aseguradora demandada deberá entregar en primer lugar a la entidad prestamista/beneficiaria el saldo pendiente de amortización del préstamo vinculado al seguro (si lo hubiera), y el remanente a D. Amador .

2 .º- No hacer expresa imposición de las costas del recurso de casación ni de las causadas en ambas instancias.

3 .º- Ordenar la devolución de los depósitos constituidos para la formulación de los recursos de apelación y casación.

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.