

TRIBUNAL SUPREMO**Auto de 8 de octubre de 2025****Sala de lo Contencioso-Administrativo****Recurso n.º 5840/2024****SUMARIO:**

Precios públicos por asistencia sanitaria. Reclamación a terceros. Entidades aseguradoras. No existe jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la interpretación del último inciso del art. 103 de la Ley del Contrato de Seguro (LCS), a efectos de determinar si por parte de la entidad aseguradora, en cuya póliza de aseguramiento de responsabilidad civil obligatoria del vehículo constaba contratada la cobertura voluntaria de accidentes del conductor, podía oponerse, como tercero responsable, el límite de la suma asegurada pactada en la póliza en concepto de gastos de asistencia sanitaria, en el caso de asistencias sanitarias de carácter urgente. Este precepto establece que los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente. Las SSTs de 16 de septiembre de 2019, recursos n.º 2280/2017 y 1320/2020 y de 15 de octubre de 2019 recurso n.º 4164/2018, fijaron como doctrina que «el importe relativo al precio público exigido por las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a personas aseguradas, exigibles a terceros obligados al pago según lo dispuesto en el art. 83 Ley 14/1986 (General de Sanidad) y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, debe limitarse en los seguros de accidentes a las cantidades contratadas en la póliza, prevaleciendo el contenido de las estipulaciones entre aseguradora y asegurado, así como las normas legales de cobertura de las mismas. Ahora bien, el supuesto de hecho contemplado en tales sentencias no venía referido a asistencias sanitarias de carácter urgente, por lo que se estima necesario la formación de jurisprudencia que precise si esa misma doctrina es aplicable en el caso de asistencias sanitarias de carácter urgente, o, como sostiene la sentencia de instancia, en este tipo de asistencias no es oponible por la entidad aseguradora como tercero obligado al pago el límite cuantitativo establecido en la póliza para los gastos de asistencia sanitaria. La cuestión que presenta interés casacional consiste en determinar si el precio público exigido por prestaciones sanitarias facilitadas directamente a personas aseguradas, exigibles a terceros obligados al pago según lo dispuesto en el art. 83 Ley 14/1986 y el Anexo IX del RD 1030/2006, debe limitarse en todo caso a las cantidades contratadas en la póliza, prevaleciendo el contenido de las estipulaciones entre aseguradora y asegurado así como las normas legales de cobertura de las mismas, o quedan excluidas de dicha limitación las necesarias asistencias de carácter urgente en interpretación del último inciso del art. 103 Ley 50/1980 (Contrato de Seguro).

TRIBUNAL SUPREMO**AUTO****Magistrados/as**

PABLO MARIA LUCAS MURILLO DE LA CUEVA

DIEGO CORDOBA CASTROVERDE

JOSE LUIS REQUERO IBAÑEZ

RAFAEL TOLEDANO CANTERO

ANGELES HUET DE SANDE

TRIBUNAL SUPREMO**SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO****SECCIÓN: PRIMERA****AUTO**

Fecha del auto: 08/10/2025

Tipo de procedimiento: R. CASACION

Número del procedimiento: 5840/2024

Materia:

Submateria:

Fallo/Acuerdo: Auto Admisión

Ponente: Excmo. Sr. D. Rafael Toledano Cantero

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Celia Redondo Gonzalez

Secretaría de Sala Destino: 002

Transcrito por:

Nota:

R. CASACION núm.: 5840/2024

Síguenos en...

Ponente: Excmo. Sr. D. Rafael Toledano Cantero
Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Celia Redondo Gonzalez

TRIBUNAL SUPREMO
SALA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO
SECCIÓN: PRIMERA

AUTO

Excmos. Sres. y Excma. Sra.
D. Pablo Lucas Murillo de la Cueva, presidente
D. Diego Córdoba Castroverde
D. José Luis Requero Ibáñez
D. Rafael Toledano Cantero
D.ª Ángeles Huét De Sande

En Madrid, a 8 de octubre de 2025.

HECHOS

PRIMERO.- Proceso de instancia y resolución judicial recurrida.

1.La representación procesal de la entidad AXA SEGUROS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS interpuso recurso contencioso-administrativo frente a la factura núm. NUM000, de fecha 19 de noviembre de 2019, por importe de 49.714,65 euros, emitida por la Gerencia del Hospital Universitario de Son Espases (dependiente del Servicio de Salud de las Illes Balears) a consecuencia de la asistencia sanitaria urgente prestada al Sr. Juan Carlos, por las lesiones debidas a un accidente de tráfico en el que paciente era conductor del vehículo asegurado por la recurrente.

2.La sentencia n.º 421/2022, de fecha 26 de septiembre de 2022, dictada por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 3 de Palma, desestimó el recurso contencioso administrativo, tramitado como procedimiento ordinario n.º 57/2020.

3.Frente a dicha sentencia interpuso la entidad recurrente recurso de apelación que fue seguido bajo el nº 782/2022, y desestimado por la sentencia nº 244/2024, dictada en fecha 14 de mayo de 2024 por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares

SEGUNDO.- Preparación del recurso de casación.

1.La parte recurrente, tras justificar la concurrencia de los requisitos reglados de plazo, legitimación y recurribilidad de la sentencia impugnada, identifica como infringidos por la sentencia:

(i) El artículo 103 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS).

(ii) Los artículos 100.2 y 83.1 de la LCS

(iii) El artículo 1 LCS

(iv) El apartado 7 c) del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

2.Razona que las infracciones señaladas han sido relevantes y determinantes del fallo por los siguientes motivos:

2.1. La sentencia que constituye el objeto del presente recurso infringe el artículo 103 LCS, pues, contrariamente a lo considerado por el Tribunal de instancia, de su tenor se infiere que el precepto únicamente establece una expresa proscripción de tipo "cualitativo", que no "cuantitativo", dirigida al asegurador, al disponer expresamente la norma que las condiciones contractuales no podrán excluir (que no limitar en su contenido) las "necesarias asistencias de carácter urgente". El tenor del precepto se refiere expresamente a la "exclusión" de las "necesarias asistencias de carácter urgente", por contraposición pues a aquellas prestaciones que no reúnen tal condición, cuyo aseguramiento podrá ser excluido del contrato de seguro si las partes contratantes así lo convienen.

2.2. La inaplicación de los artículos 100.2, 83.1 y 1 de la LCS por parte de la sentencia recurrida, en el supuesto de hecho enjuiciado, ha sido, sin duda, relevante respecto del sentido del fallo, pues supuso que el Tribunal no contemplara la remisión que el art. 100.2 realiza al contenido del art.83.1, ni el tenor del art.1, y su ubicación sistemática en la norma, no pudiendo así apercibirse del cabal sentido que cabía atribuir al art. 103 LCS, in fine; el cual no proscribía en modo alguno que respecto del coste de las asistencias dispensadas con carácter urgente, en este caso por un servicio público de salud, pueda oponerse el límite de la suma asegurada pactada.

2.3. La sala de instancia desatendió el tenor del apartado 7 c) del Anexo IX del RD 1030/06, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, pues no interpretó acertadamente las normas "legales o reglamentarias" a la que hace expresa alusión el citado precepto en su literal, y que no son otras que los artículos 103, 100.2 y 83.1 LCS, que permiten que el límite de la suma asegurada sea oponible frente al importe liquidado por el servicio público de salud, aun cuando las prestaciones dispensadas al asegurado fueran de carácter urgente.

3.Subraya que la normativa que entiende vulnerada forma parte del Derecho estatal o del de la Unión Europea.

4.Considera que concurre interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia porque se dan las circunstancias contempladas en las letras a) y c) del artículo 88.2 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa [«LJCA»], así como la presunción contenida en el artículo 88.3, letra a) LJCA.

Síguenos en...



TERCERO.- Auto teniendo por preparado el recurso de casación y personación de las partes ante la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

La Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares, tuvo por preparado el recurso de casación por medio de auto de 9 de julio de 2024, rectificado por otro de 22 de julio de 2024, habiendo comparecido la entidad AXA SEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por la procuradora D.^a Begoña Llabrés Martí- como parte recurrente-, ante esta Sala Tercera del Tribunal Supremo, dentro del plazo de 30 días señalado en el artículo 89.5 LJCA.

De igual modo lo ha hecho como parte recurrida el Letrado de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, en representación del Servicio de Salud de las Islas Baleares, quien se ha opuesto a la admisión del recurso.

Es Magistrado Ponente el Excmo. Sr. D. Rafael Toledano Cantero, Magistrado de la Sección.

RAZONAMIENTOS JURÍDICOS

PRIMERO.- *Requisitos formales del escrito de preparación.*

En primer lugar, desde un punto de vista formal, debe señalarse que el escrito de preparación ha sido presentado en plazo (artículo 89.1 LJCA), contra una sentencia susceptible de casación (artículo 86 LJCA, apartados 1 y 2) y por quien está legitimado, al haber sido parte en el proceso de instancia (artículo 89.1 LJCA), habiéndose justificado tales extremos y los demás requisitos exigidos en el artículo 89.2 LJCA.

De otro lado, se han identificado debidamente las normas cuya infracción se imputa a la resolución de instancia, cumpliéndose con la carga procesal de justificar la necesidad de su debida observancia en el proceso de instancia, así como su relevancia en el sentido del fallo.

SEGUNDO.- *Cuestiones litigiosas y marco jurídico.*

1.Un análisis del expediente administrativo y de las actuaciones judiciales, respetando los hechos de la resolución impugnada, nos lleva a destacar a efectos de la admisión del presente recurso de casación, algunas circunstancias que han de ser tenidas en cuenta:

1.1 La entidad recurrente tiene suscrita una póliza de seguros de responsabilidad de vehículos a motor concertada a favor de D. Juan Carlos, el cual el 8 de junio de 2019 sufrió un accidente de tráfico cuando conducía la motocicleta Honda CB 750 con matrícula NUM001, saliéndose de la vía sin mediar en el siniestro la intervención de otro vehículo o de tercero. A causa del accidente sufrió lesiones de gravedad de las que fue tratado en el Hospital Son Espases.

1.2 Como consecuencia de la asistencia prestada en ese centro hospitalario se cursó la factura por importe de 49.714'65 euros, cuya liquidación fue girada contra la aseguradora.

1.3 La entidad aseguradora interpuso recurso contencioso administrativo frente a dicha liquidación oponiéndose al pago reclamado sobre la base de que entre las coberturas contratadas y en el detalle referido a los daños sufridos por el conductor asegurado, había un límite de cobertura de 3.000 euros por la totalidad de los gastos sanitarios de curación, cuando el tratamiento médico no se hubiera prestado en un centro de los concertados. De ahí que no puede predicarse de la aseguradora la condición de tercero responsable frente al Servicio Público de Salud en su condición de aseguradora de la responsabilidad civil del conductor asegurado, pues el conductor asegurado era el único causante de las lesiones por él mismo padecidas cuyo tratamiento fue llevado a cabo en el Hospital público y ello no está cubierto en la póliza suscrita entre ella y el asegurado. Todo ello sin perjuicio del límite de cobertura ya señalado para los daños sufridos por el conductor asegurado

1.4 El recurso fue desestimado por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 3 de Palma en sentencia n.º 421/2022, de fecha 26 de septiembre de 2022, dictada en el procedimiento ordinario n.º 57/2020 razonando que existe constancia de una relación de aseguramiento privado que no puede ser examinada en esta jurisdicción, siendo así que habiéndose dispensado la atención médica por causa del siniestro, la acción directa permite al Servicio público de Salud reclamar de la aseguradora, sin perjuicio de que la aseguradora pueda, una vez se examinen los hechos en el marco privado de las relaciones entre el asegurador y el asegurado, sea judicial o extrajudicialmente, repetir contra el asegurado en las condiciones previstas en la Ley.

1.5 Frente a dicha sentencia interpuso recurso de apelación la aseguradora ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares, siendo tramitado con el número 782/2022, y que fue desestimado por la sentencia que constituye el objeto del presente recurso de casación. La sala *ad quem* se remite a su sentencia n.º 133/2024, de 21 de febrero (ECLI:ES:TSJBAL:2024:148 Rec. Apel 58/2023) en la que -como en el caso de autos- además del seguro de responsabilidad civil obligatorio, se había concertado un seguro voluntario de asistencia sanitaria para el conductor, y en la que cuestión litigiosa se centró en determinar si el pacto que limita a una determinada cantidad máxima la cobertura de los gastos sanitarios vincula a la reclamación de la Administración frente a la aseguradora, que no podrá reclamar más de la cantidad establecida en la póliza, o debe considerarse que es un pacto entre partes no vinculante para terceros, como lo es en el caso la Administración.

Y tras señalar que esta controversia ha sido resuelto por la sentencia del Tribunal Supremo n.º 1320/2020, de 15 de octubre (ECLI:ES:TS:2020:3284), conforme a la cual «[...] el importe relativo al precio público exigido por las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a personas aseguradas, exigibles a terceros obligados al pago según lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, debe limitarse en los seguros de accidentes a las cantidades contratadas en la póliza, prevaleciendo el contenido de las estipulaciones entre aseguradora y asegurado, así como las normas legales de cobertura de las mismas», concluye que de la conjunción de las cláusulas

Síguenos en...



contractuales y del contenido del art. 103 de la LCS se desprende que el IBSALUT ante la atención sanitaria a quien esté cubierto por un seguro de accidentes suscrito como seguro voluntario complementario al de responsabilidad civil de suscripción obligatoria, puede reclamar a la aseguradora, como tercera obligada al pago: i) los gastos de asistencia sanitaria hasta el límite cuantitativo fijado en la póliza; ii) en todo caso, los gastos de asistencia sanitaria necesarias de carácter urgente, sin más límite que el reunir dicho carácter.

Por tanto, en este supuesto, el accidentado fue ingresado en el servicio de urgencias. Y no habiéndose demostrado que el importe de la factura reclamada no obedeciera a la asistencia prestada por razones de urgencia, el servicio de salud podía reclamar la totalidad de los gastos de asistencia sanitaria.

2.La recurrente considera que la sentencia recurrida infringe el artículo 103 LCS («[l]os gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente»), en relación con los artículos art.100.2, art.83.1 y 1 del mismo cuerpo legal puesto que, contrariamente a lo considerado por el Tribunal de instancia, de su tenor se infiere que el artículo 103 LCS únicamente establece una expresa proscripción de tipo "cualitativo", que no "cuantitativo", dirigida al asegurador, al disponer expresamente la norma que las condiciones contractuales no podrán excluir (que no limitar en su contenido) las "necesarias asistencias de carácter urgente", reafirmando tal imposibilidad con la locución "en todo caso", pues es este su tenor literal.

Así, los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente. Por tanto, deberá reputarse como nula toda cláusula contractual, que, inserta en el condicionado general o particular de la póliza suscrita, afirme o pretenda, sin decirlo expresamente, que el asegurador excluya del objeto de aseguramiento las asistencias de carácter de "urgentes", con la intención de no satisfacer por tal tipo de prestaciones cantidad alguna al asegurado. Debe observarse, en tal sentido, que el tenor del precepto se refiere expresamente a la "exclusión" de las "necesarias asistencias de carácter urgente", por contraposición pues a aquellas prestaciones que no reúnen tal condición, cuyo aseguramiento podrá ser excluido del contrato de seguro si las partes contratantes así lo convienen.

De haberse acogido por la sentencia recurrida la interpretación del precepto que sostiene la parte, en cuanto a la consideración del tenor del art.103 LCS, in fine, como la expresión de una proscripción de tipo "cualitativo" y no "cuantitativo", el sentido del fallo hubiera sido, con mayor probabilidad, estimatorio del recurso interpuesto, pues aun siendo de carácter urgente las asistencias dispensadas al conductor asegurado por el servicio público de salud balear, se habría entendido ajustada a derecho la oposición del límite de la suma asegurada pactada en la cobertura voluntaria de accidentes suscrita en la póliza de aseguramiento.

4.A partir de las infracciones denunciadas, la cuestión nuclear que se plantea en el presente recurso de casación consiste en dilucidar si el precio público exigido por prestaciones sanitarias facilitadas directamente a personas aseguradas, exigibles a terceros obligados al pago según lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 14/1986, del 25 de abril general de sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, debe limitarse en todo caso a las cantidades contratadas en la póliza, prevaleciendo el contenido de las estipulaciones entre aseguradora y asegurado así como las normas legales de cobertura de las mismas, o conforme al último inciso del artículo 103 LCS, quedan excluidas de dicha limitación las necesarias asistencias de carácter urgente.

TERCERO.- Verificación de la concurrencia de interés casacional objetivo en el recurso.

1.De las razones que la parte recurrente ofrece para justificarlo se infiere la conveniencia de un pronunciamiento del Tribunal Supremo, por lo que se cumple también el requisito exigido por el artículo 89.2.f) LJCA.

2.La cuestión suscitada presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia, por cuanto puede considerarse que no existe jurisprudencia del Tribunal Supremo (art. 88.3.a) LJCA) sobre la interpretación del último inciso del artículo 103 LCS, a efectos de determinar si por parte de la entidad aseguradora, en cuya póliza de aseguramiento de responsabilidad civil obligatoria del vehículo constaba contratada la cobertura voluntaria de accidentes del conductor, podía oponerse, como tercero responsable, el límite de la suma asegurada pactada en la póliza en concepto de gastos de asistencia sanitaria, en el caso de asistencias sanitarias de carácter urgente.

Conforme a dicho artículo 103 LCS: «Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. *En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente*».

Las SSTs, Sección 2ª, n.º 1184/2019, de 16 de septiembre (RCA/2280/2017), y n.º 1320/2020, de 15 de octubre (RCA/4164/2018), fijaron como doctrina que «el importe relativo al precio público exigido por las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a personas aseguradas, exigibles a terceros obligados al pago según lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, debe limitarse en los seguros de accidentes a las cantidades contratadas en la póliza, prevaleciendo el contenido de las estipulaciones entre aseguradora y asegurado, así como las normas legales de cobertura de las mismas».

Ahora bien, el supuesto de hecho contemplado en tales sentencias no venía referido a asistencias sanitarias de carácter urgente, por lo que se estima necesario la formación de jurisprudencia que precise si esa misma doctrina es aplicable en el caso de asistencias sanitarias de carácter urgente, o, como sostiene la sentencia de instancia, en este tipo de asistencias no es oponible por la entidad aseguradora como tercero obligado al pago el límite cuantitativo establecido en la póliza para los gastos de asistencia sanitaria.

3.La concurrencia de interés casacional objetivo por la razón expuesta hace innecesario determinar si concurren las demás alegadas para justificar la pertinencia de admitir a trámite el presente recurso de casación.

CUARTO.- Admisión del recurso de casación. Normas objeto de interpretación.

1.En virtud de lo dispuesto en el artículo 88.1 LJCA, en relación con el artículo 90.4 LJCA, esta Sección de Admisión aprecia que este recurso presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia, respecto de la siguiente cuestión:

Dilucidar si el precio público exigido por prestaciones sanitarias facilitadas directamente a personas aseguradas, exigibles a terceros obligados al pago según lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 14/1986, del 25 de abril general de sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006 , debe limitarse en todo caso a las cantidades contratadas en la póliza, prevaleciendo el contenido de las estipulaciones entre aseguradora y asegurado así como las normas legales de cobertura de las mismas, o quedan excluidas de dicha limitación las necesarias asistencias de carácter urgente en interpretación del último inciso del artículo 103 Ley 50/1980, de 8 de octubre del Contrato de Seguro .

2.Las normas que, en principio, serán objeto de interpretación son el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro en relación con el artículo 103 del mismo cuerpo legal y el artículo 83 de la Ley General de Sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Ello sin perjuicio de que la sentencia haya de extenderse a otras si así lo exigiere el debate finalmente trabado en el recurso, ex artículo 90.4 de la LJCA.

QUINTO.- Publicación en la página web del Tribunal Supremo.

Conforme a lo dispuesto por el artículo 90.7 LJCA, este auto se publicará íntegramente en la página web del Tribunal Supremo.

SEXTO.- Comunicación y remisión.

Procede comunicar inmediatamente a la Sala de instancia la decisión adoptada en este auto, como dispone el artículo 90.6 LJCA, y conferir a las actuaciones el trámite previsto en los artículos 92 y 93 LJCA, remitiéndolas a la Sección Segunda de esta Sala, competente para su sustanciación y decisión de conformidad con las reglas de reparto.

Por todo lo anterior,

LA SECCIÓN DE ADMISIÓN ACUERDA:

1º)Admitir el recurso de casación 5840/2024, preparado por la representación procesal de la entidad AXA SEGUROS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS contra la sentencia dictada el 14 de mayo de 2024 por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares, en el recurso de apelación n.º 782/2022.

2º)La cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de la jurisprudencia consiste en: *Dilucidar si el precio público exigido por prestaciones sanitarias facilitadas directamente a personas aseguradas, exigibles a terceros obligados al pago según lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 14/1986, del 25 de abril general de sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006 , debe limitarse en todo caso a las cantidades contratadas en la póliza, prevaleciendo el contenido de las estipulaciones entre aseguradora y asegurado así como las normas legales de cobertura de las mismas, o quedan excluidas de dicha limitación las necesarias asistencias de carácter urgente en interpretación del último inciso del artículo 103 Ley 50/1980, de 8 de octubre del Contrato de Seguro .*

3º)Identificar como normas jurídicas que, en principio, serán objeto de interpretación: el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, en relación con el artículo 103 del mismo cuerpo legal y el artículo 83 de la Ley General de Sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006.

4º)Publicar este auto en la página web del Tribunal Supremo.

5º)Comunicar inmediatamente a la Sala de instancia la decisión adoptada en este auto.

6º)Para su tramitación y decisión, remitir las actuaciones a la Sección Segunda de esta Sala, competente de conformidad con las normas de reparto.

Así lo acuerdan y firman

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ).

Síguenos en...

