



ACUERDO N° 2. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los veintiún (21) días del mes de febrero de dos mil veintidós, en Acuerdo, la Sala Laboral del Tribunal Superior de Justicia integrada por los señores Vocales doctores Evaldo Darío Moya y Roberto Germán Busamia, con la intervención del señor Secretario Joaquín Antonio Cosentino, procede a dictar sentencia en los autos caratulados **"SEPÚLVEDA, SUSANA ROSA c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD"** (Expediente JZA1S2 N° 70.568 - Año 2020), del registro de la Secretaría Civil.

ANTECEDENTES:

La demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- interpuso recurso de Nulidad Extraordinario (fs. 196/211vta.) contra lo resuelto por la Cámara Provincial de Apelaciones - con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de Zapala, que confirmó lo decidido en la instancia anterior y, en consecuencia, acogió parcialmente la demanda (fs. 142/156 y 175/191).

Conferido el traslado, la contraparte guardó silencio.

Mediante Resolución Interlocutoria N° 179/21, se declaró admisible el recurso deducido (fs. 219/220vta.).

Posteriormente, la Fiscalía General dictaminó propiciando la improcedencia del remedio incoado (fs. 222/227).

Firme la providencia de autos, integrada la Sala y efectuado el pertinente sorteo, se encuentra la presente causa en estado de dictar sentencia. Por lo que este Cuerpo resolvió plantear y votar las siguientes:

CUESTIONES: a) ¿Resulta procedente el recurso de Nulidad Extraordinario?; b) En caso afirmativo, ¿qué pronunciamiento corresponde dictar? y c) Costas.

VOTACIÓN: Conforme el sorteo realizado, a las cuestiones planteadas, el **Dr. Evaldo Darío Moya**, dijo:



I. 1. Estas actuaciones fueron iniciadas por la Sra. Susana Rosa Sepúlveda contra la aseguradora demandada a fin de reclamar la integración y/o diferencias pendientes del pago del seguro colectivo de vida, en su modalidad obligatorio y adicional, con fundamento en que padecería una incapacidad psicofísica total y permanente que configuraría el riesgo cubierto.

En su demanda, alegó que la relación jurídica que la vinculó con la accionada fue de naturaleza contractual y asegurativa, y que resultó abarcada específicamente por el derecho del consumidor.

En ese marco, esgrimió que se desempeñó como auxiliar de servicio en una escuela de Zapala, por lo que era dependiente del Consejo Provincial de Educación, y que durante la relación de empleo sufrió diversas afecciones en su salud que terminaron ocasionándole un 67,47% de incapacidad según dictamen de junta médica que adjunta.

Dijo que con posterioridad intimó a la compañía de seguros a abonar las diferencias adeudadas, quien contestó dando una negativa arbitraria.

Enfatizó que la cobertura resultaba procedente, por serle inoponible cualquier eventual previsión de la póliza relativa a la nómina taxativa de patologías invalidantes. Planteó también la inoponibilidad de las cláusulas que adoptan un criterio restrictivo en lo atinente al salario o remuneración a considerar, o bien aquéllas que excluyen la afectación psicológica o psiquiátrica.

En cuanto al monto de demanda, señaló que el capital reclamado por el seguro obligatorio ascendía a \$20.000.-, mientras que el seguro adicional equivalía a 25 sueldos sin tope, todo lo cual totaliza la suma de \$1.191.938,25.- más intereses, previa deducción del pago parcial realizado por la accionada.

Por último, ofreció prueba.



2. La accionada contestó demanda y negó los hechos invocados por la contraria.

Sostuvo la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor. Citó los fallos "Buffoni" y "Flores" de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en los que -según su criterio- se estableció que el contrato de seguro se rige por la Ley N° 17418, y que al ser ésta una norma especial, prevalece sobre la Ley de Defensa al Consumidor.

Explicó que tal como surgía del contenido de la póliza, a la fecha en que la actora se incapacitó, el monto máximo asegurado era de \$300.000.- para el seguro adicional y de \$20.000.- para el obligatorio.

Refirió que luego de recibir la denuncia administrativa del siniestro, la actora fue evaluada por profesionales médicos y que posteriormente, en fecha 24/01/20, la aseguradora procedió al pago de la indemnización correspondiente al seguro de vida obligatorio y adicional por la suma total de \$320.000.-.

Insistió que desde la contratación de su parte en el año 2012 y a raíz de un proceso de licitación pública, en el seguro adicional existía un monto máximo de suma asegurada de \$300.000.-. Ello surge -según expuso- del pliego licitatorio y consecuentemente del texto de la póliza, lo que a su vez se ve reflejado en el recibo de sueldo de la actora, emitido por su empleador y jamás cuestionado.

Por ello, como la actora venía asegurada desde aquél tiempo -dijo-, tenía un tope de suma asegurada en el seguro optativo de \$300.000.-, pagando una prima acorde a dicha suma.

Aseveró que su parte abonó a la actora el mentado tope de suma asegurada, quien percibió las sumas indemnizatorias en conformidad y sin reserva alguna. En este contexto, opuso defensa de pago total, solicitando el rechazo de la demanda, con costas.



Refirió que conforme se desprende de la documental adjuntada, con la entrada en vigencia del Decreto N° 541/17 se autorizó la modificación del contenido de la póliza, previendo que sería necesario que los asegurados prestaran consentimiento tras un nuevo encuestamiento con respecto de la eliminación del tope de suma asegurada, para el seguro adicional.

Agregó que únicamente los asegurados encuestados nuevamente podrían acceder a una indemnización sin tope, pero para ello debían: i) petitionarlo expresamente en el encuestamiento; ii) autorizar la readecuación -incremento- de la prima acorde al nuevo monto asegurado.

Expuso que ninguno de estos recaudos se cumplieron con respecto a la actora, razón por la cual el siniestro fue indemnizado conforme los términos del contrato vigente al momento en que acaeció el suceso indemnizable.

Enfatizó que considerar que por el mero paso del tiempo o cambio de fechas un contrato de seguro va a pasar de una suma asegurada de \$300.000.- con prima fija, a una suma 390% mayor, manteniendo la misma prima que se venía abonando, implica básicamente destruir la ecuación económica del contrato y prescindir por completo de la esencia misma del seguro y de la relación entre prima y capital asegurado.

Concluyó que la actora no podría acceder a una indemnización por la que nunca pagó la prima correspondiente y, atento el pago efectuado, solicitó el rechazo de la demanda.

Por último, ofreció prueba.

3. La sentencia de grado hizo lugar a la demanda.

En primer lugar, estimó indiscutida la configuración del riesgo de incapacidad total previsto en los seguros colectivos, obligatorio y adicional, contratados con la accionada.



Según entendió, la discusión quedó centrada en la procedencia de las diferencias que pretendía la actora conforme cada uno de los seguros colectivos que la amparaban.

A continuación, y con cita de varios antecedentes propios, sostuvo que resultan aplicables al seguro de vida colectivo contratado en autos, las normas relativas a la relación de consumo, al contrato de consumo del Código Civil y Comercial de la Nación, y la Ley de Defensa al Consumidor.

En lo que refiere a las diferencias reclamadas, juzgó que el seguro obligatorio había sido abonado por la aseguradora, por lo cual, al no advertir ninguna diferencia a favor de la asegurada, rechazó el planteo. También rechazó la petición de daño punitivo.

No obstante, en orden al seguro adicional, entendió que aquél equivalía al múltiplo de 25 sueldos sin tope a partir del 01/01/16, conforme la póliza acompañada.

En tal sentido, consideró que la defensa de la accionada en punto al tope de la suma asegurada no resultaba atendible. Ello, por remisión a las consideraciones efectuadas en orden a la interpretación de las cláusulas del contrato -en el que, en tanto estipulación a favor de terceros, no interviene el asegurado-, y dado que la aseguradora no acreditó haber notificado fehacientemente a la aquí actora las exigencias a cumplir para hacer operativa la eliminación del tope máximo previsto.

De este modo, concluyó que al igual que las otras limitaciones esgrimidas y en el marco de interpretación a favor del consumidor, le resultaba inoponible a la accionante la exigencia referida.

Por tal razón, hizo lugar a la diferencia entre el monto asegurado sin tope y las sumas ya percibidas por la actora, más intereses desde el 13/08/20.

4. Disconforme con este pronunciamiento, apeló la demandada, cuestionando principalmente que se hubiera



inobservado la suma máxima asegurada de \$300.000.-, respecto al seguro adicional. Asimismo, hizo hincapié en que la actora cobró la indemnización, y varios meses después reclamó una diferencia infundada, lo cual resultaba malicioso. Los agravios fueron replicados por la contraria.

5. La Cámara de Apelaciones confirmó el fallo de grado.

Para así decidir, y en lo que aquí resulta de interés, señaló que la póliza bajo estudio resulta un contrato de adhesión, en el que la totalidad de las cláusulas son redactadas por el asegurador y por ello le son aplicables las reglas de interpretación de los contratos con cláusulas predispuestas.

Agregó que el modelo de interpretación referido también sería aplicable a los contratos de consumo, conforme lo prevén el artículo 1095 del Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley de Defensa del Consumidor.

Luego de hacer referencia a antecedentes de la misma Alzada, resaltó la importancia del deber de información a cargo de la parte fuerte de la relación.

Transcribió ciertas cláusulas de la póliza que uniera a las partes y concluyó que la actora tenía derecho a percibir el capital asegurado sin tope.

A dicho respecto, entendió que en la causa no obraban elementos de convicción que demuestren que la demandante hubiese tenido conocimiento y/o información suficiente de las modificaciones de las condiciones de cobertura relacionadas con el capital asegurado convenidas entre el tomador/empleador (Estado Provincial) y la aseguradora en oportunidad de acordar la prórroga de la contratación del seguro colectivo bajo análisis, como así tampoco que a los fines de hacerse acreedora de las sumas aseguradas sin tope máximo, tenía la obligación de cumplir las condiciones que surgen de la póliza



(relevamiento por parte de la aseguradora y suscripción o firma de formulario prestando consentimiento).

Por ello, concluyó que la exigencia prevista en la póliza a fin de que la actora resulte acreedora del capital asegurado sin el tope máximo de \$300.000.-, le resulta inoponible.

Por último, desestimó que la condena impuesta traiga aparejado un perjuicio económico en atención al costo mensual de la prima que se desprende de los Decretos N° 349/13 y N° 541/17.

Por estos argumentos, rechazó el recurso de apelación de la aseguradora.

6. Esta última interpuso recurso de Nulidad Extraordinario.

Por el carril mencionado, la recurrente adujo que la sentencia atacada no tendría sustento suficiente en las constancias de autos. Dijo puntualmente que la Cámara resolvió en forma contraria al reciente pronunciamiento de este Tribunal Superior en la causa "Bruna" (Acuerdo N° 17/21).

En ese orden de ideas, manifestó que para la prestación del seguro de vida colectivo adicional desde el 01/01/12 el tomador habría llevado adelante la Licitación Pública N° 44/11, cuyo pliego de condiciones generales y particulares resultarían ser parte integrante de las pólizas a contratar; le darían causa y contenido.

Relató que en dicho pliego se habría previsto un capital máximo asegurado equivalente a \$300.000.- y que para introducir modificaciones a las cláusulas indisponibles, debía contarse previamente con el acto administrativo en virtud del cual el licitante -Poder Ejecutivo provincial- aprobara su introducción al contrato.

Expuso que lo decidido por los Sres. Magistrados no se correspondería con la base fáctica del caso, dado que se



carga a su parte con las consecuencias de una omisión inexistente.

Agregó que lo sostenido por la Alzada resultaría irrazonable y alejado de las constancias de autos, por cuanto significaría que por el mero cambio de fecha, de un día para el otro, los asegurados que tenían tope, pasarían a no tenerlo, pagando siempre la misma prima fija. A su entender, ello rompería cualquier ecuación económica financiera del contrato, más aún, en una operatoria colectiva como la presente.

A su entender, las afirmaciones de los Sres. Camaristas resultarían desconectadas de la realidad fáctica probada en el expediente. Ello, dado que los asegurados que habían ingresado a la póliza adicional con anterioridad al 31/12/15 tenían una suma asegurada equivalente a 25 sueldos, pero con tope de \$300.000.- y pagando una suma fija de \$288.- (\$0,96.- por cada \$1000 de suma asegurada, según cláusula 7). Esto surgía, según explicó, del pliego licitatorio y de la póliza emitida con causa en aquél.

Sostuvo que el "nuevo encuestamiento" previsto en el Decreto N° 541/17 y en la póliza, tenía por finalidad impedir que el trabajador sufriera lesión a su patrimonio: éste debía aceptar y prestar conformidad con el pago de una prima mayor para acceder a un capital asegurado sin tope.

Así, postuló que lo decidido resultaría arbitrario y desconectado de las constancias que obran en la causa, pues se estaría creando un mecanismo de prima mensual al margen de la póliza y de las normas que le sirven de base, modificando de hecho y sin justificación, la mentada ecuación económica y financiera del contrato.

A su criterio, sería improcedente peticionar se declare inoponible la cláusula que determina recaudos para acceder a una mejora contractual (suma asegurada sin tope) y



que en virtud de esa declaración se innove el contrato, modificándolo.

Culminó su escrito manifestando que hacía reserva del caso federal.

II. 1. Resumidos así los antecedentes del caso, habrá de analizarse si, como denuncia el recurrente, la sentencia dictada por la Cámara de Apelaciones resulta arbitraria por carecer de sustento en las constancias de autos (artículo 18, segundo párrafo, Ley N° 1406).

Para comenzar, es preciso tener presente que llega firme a esta instancia que la actora padeció una incapacidad constitutiva del riesgo cubierto por la póliza asegurativa y que resultó acreedora tanto del seguro colectivo obligatorio como del complementario u optativo. Tampoco se discute a esta altura que la aseguradora abonó y la actora percibió -previo al inicio del pleito- la suma de \$320.000.- por ambos seguros.

Lo que controvierten las partes en esta etapa es el monto por el cual debe prosperar el seguro adicional. Puntualmente, si en el caso rige o no un tope o suma máxima asegurada; y por ende, habiéndose ya abonado el tope invocado, si existe alguna diferencia o saldo pendiente a favor de la Sra. Sepúlveda.

Cuadra indicar que el tema traído a revisión resulta similar al resuelto recientemente por este Tribunal Superior en las causas "Bruna", "Oria" y "Sepúlveda, Teresa" (Acuerdos N° 17/21, N° 24/21 y N° 28/21, del registro de la Secretaría Civil), por lo que habré de seguir en lo sucesivo idéntica línea argumentativa.

Como se desprende de los antecedentes de la causa, los jueces de la Alzada han resuelto el caso, fundamentalmente, con base en el incumplimiento del deber de información, toda vez que -según entienden- la asegurada no fue informada respecto de la opción y requisitos para acceder a la liberación del tope.



Este Tribunal Superior de Justicia ha remarcado la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos como el de autos, dado que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas (cfr. Acuerdos N° 38/12 "Ferreyra" y N° 47/15 "Monte", del registro de la Secretaría Civil).

Ello se sostuvo en supuestos en que se invocaban cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con la consecuente afectación de los asegurados.

Sin embargo, este no es el supuesto de autos. Aquí la modificación incorporada al contrato no implica restringir o empeorar la situación del asegurado, sino añadir una opción para mejorar la protección a su favor. La confusión entre estos dos escenarios ha llevado a los jueces a arribar a una solución apartada de las constancias de la causa. Así lo entendimos en los precedentes citados y dicho análisis resulta plenamente trasladable al supuesto de autos.

Veamos. Como se señaló, la aseguradora demandada planteó en este pleito la existencia de una suma máxima contemplada en la póliza; la actora, por su parte, sostuvo la inoponibilidad de los requisitos previstos para la liberación del tope, ya que no le fueron notificados (fs. 167/169).

De la documental agregada al expediente surge que la póliza vigente en el período en el cual acontece el siniestro de autos -año 2019- prevé entre los riesgos cubiertos la "... incapacidad total y permanente por enfermedad y accidente ...", y establece como suma asegurada \$300.000.- (fs. 112/119).

Luego, en las cláusulas particulares dispone:

"... CAPITALS ASEGURADOS: A partir del 01/01/2020: Múltiplo hasta 25 sueldos según importes de descuentos realizados en recibo de haberes, en función de la información



aportada por el tomador de la póliza. Suma Asegurada Máxima: 25 sueldos. Suma Asegurada Mínima: \$ 10.000.

Los asegurados activos que hayan ingresado a la póliza o hayan prestado consentimiento tras un nuevo encuestamiento respecto a la eliminación del tope de suma asegurada antes de cumplir los 65 años de edad, tampoco tendrán tope de suma asegurada en la respectiva póliza de asegurados pasivos, como así tampoco mientras permanezcan en la póliza de asegurados activos una vez cumplidos los 65 años de edad ...”.

La póliza referida también prescribe en letra mayúscula lo siguiente: “... ENDOSO N° 3: SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE A PARTIR DEL 1-1-2016 EXISTE LA POSIBILIDAD DE ELIMINAR EL TOPE DE SUMA ASEGURADA, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO HAYA SIDO RELEVADO Y ÉSTE HAYA ACEPTADO EXPRESAMENTE ESTA CONDICIÓN, FIRMANDO EL FORMULARIO CORRESPONDIENTE. ESTO ES VÁLIDO PARA LA CARTERA VIGENTE AL 31-12-2015.- PARA LOS CASOS DE ALTAS DADAS DURANTE EL PERÍODO DESDE EL 1-1-2016 HASTA EL 29-2-2016, SE MANTENDRÁ EL TOPE DE SUMA ASEGURADA EN \$ 300.000, HASTA TANTO SEAN RELEVADOS Y EN CASO DE ACEPTAR, SEA ELIMINADO DICHO TOPE. TODA ALTA QUE SE PRODUZCA A PARTIR DEL 1-3-2016, SE EMITIRÁ SIN TOPE DE SUMA ASEGURADA ...” - textual-.

A su vez, los endosos N° 1, 2, 4 y 5 indican las sucesivas renovaciones a partir de la vigencia originaria en el año 2012.

Tal como se indicó en los precedentes ya señalados, esa póliza inicialmente vigente preveía, asimismo, un capital máximo asegurado para el seguro optativo de \$300.000.-. Es decir, las pólizas anteriores también contenían un tope.

Y, antes de ello, el pliego de la licitación N° 44/11 que dio origen a estos contratos, indicaba que con respecto al “... seguro de vida colectivo adicional u optativo (múltiplo de sueldo) ...”, la suma asegurada se establece en 25 sueldos



con un capital máximo de \$300.000.- (fs. 101). Lo actuado por el agente institorio en el proceso licitatorio fue luego aprobado mediante Decreto N° 349/13 (fs. 119vta./120).

Por otro lado, en los recibos de sueldo acompañados al expediente, surge que -por esa suma asegurada máxima- a la actora se le descontaba el importe de \$288.- fijos mensuales (a razón de 96 centavos -\$0,96- por cada \$1000.- de suma asegurada). Incluso, luego de que comenzara a regir la renovación de la póliza -con vigencia a partir de enero de 2016- la actora siguió pagando la misma prima.

2. Las constancias de la causa antes referidas, denotan que desde el inicio de la relación asegurativa, luego que finalizara el proceso licitatorio, la póliza contenía una suma máxima asegurada de \$300.000.-.

Como ya se expuso, la cuestión aquí es que en ocasión de la renovación de las condiciones de cobertura, se pactó -entre la aseguradora y el tomador- la posibilidad de ofrecer a los empleados alcanzados la opción de eliminar el tope de la suma asegurada, bajo determinadas condiciones que deberían aceptar expresamente en un nuevo encuestamiento (véase endoso N° 3 de la póliza y Decreto N° 541/17).

Pero no debe perderse de eje que, tal como fue pactado, el principio era la continuidad de la cobertura con tope a cambio de esa prima fija de \$288.- y la excepción era la eliminación del tope a cambio de un incremento de prima mensual, previa aceptación.

En suma, existía un límite económico de la cobertura, pero posteriormente se introdujo la posibilidad de que, a cambio de un mayor precio -prima-, se amplíe la cobertura del seguro a supuestos *a priori* excluidos.

Ese esquema es el que surge claramente de las constancias de la causa, de modo que lo decidido, al adoptar un razonamiento inverso, aparece dogmático y sin sustento en ellas.



Insisto, en este caso no se trata de una eventual inoponibilidad de cláusulas limitativas de cobertura, sino que se pretende declarar inoponibles cláusulas que incorporan una mejora, bajo condición de aceptación y pago del nuevo precio.

En el contexto descripto, que la actora haya abonado siempre la misma prima resulta un dato determinante, dado que si se aceptara que por el solo hecho de no habérsela anoticiado de la opción de mejorar la cobertura tiene derecho a ella, pese a que nunca abonó el incremento correspondiente, se estaría convalidando un enriquecimiento sin causa en cabeza del asegurado. Porque, en definitiva, la actora pretende hacerse de una suma mayor de dinero, aumentando el capital asegurado, sin haber abonado una prima superior, ni ofrecer hacerlo.

No debe olvidarse que el correlato del riesgo asumido, de su delimitación y del límite pecuniario de la prestación que el asegurador promete para el caso de ocurrencia del siniestro, es el precio que cobra (cfr. artículos 61, 118 y concordantes, Ley N° 17418).

Cierto es que al no haber tomado conocimiento de la posibilidad de dar su consentimiento tras un nuevo encuestamiento, la actora perdió la posibilidad de que se elimine el tope de la suma asegurada. Pero también lo es que en ningún momento en este juicio manifestó que su intención hubiese sido aceptar esa alternativa, ni ofreció abonar la prima correspondiente. Tampoco planteó su pretensión como un reclamo por pérdida de chance.

Juega aquí un principio cardinal en materia contractual: el de buena fe (artículo 1061, Código Civil y Comercial de la Nación). Puntualmente, en los contratos de seguro, la buena fe no sólo debe presidir la etapa de constitución de la relación jurídica, sino también la de ejecución e interpretación de cualquiera de sus términos. Y,



además, resulta exigible a todos los sujetos que componen la relación asegurativa, incluso el asegurado beneficiario.

Por otra parte, este Tribunal Superior de Justicia ha señalado -aunque en el marco de otro tipo de seguros- que la aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor y, por ende, del régimen tuitivo que prevé dicho ordenamiento, no constituyen fundamento suficiente para escapar, sin más, a las previsiones contractuales ni para reconocer una calidad no prevista en la relación asegurativa en base a la cual se reclama (cfr. Acuerdo N° 14/17 "Rojas", del registro de la Secretaría Civil).

Es que, tal como sostuvo esta Sala en los ya citados casos "Bruna" y "Oria", ni la Ley de Defensa del Consumidor ni la función social del seguro colectivo, pueden ser interpretados o aplicados con un alcance tal que, lejos de impedir una restricción o perjuicio indebido al asegurado, conduzcan a modificar las estipulaciones contractuales para beneficiarlo con una mejora por la que nunca pagó el precio correspondiente (cfr. Acuerdos N° 17/21 y N° 24/21, del registro de la Secretaría Civil).

En este caso, al permanecer las condiciones iguales a igual prima, no se constata afectación alguna y, por ende, la solución acordada por la Alzada, no encuentra anclaje en las particularidades del caso, ni puede ser avalada en esta instancia.

Propongo, en consecuencia, declarar procedente el recurso de Nulidad Extraordinario deducido, por haber incurrido el pronunciamiento de la Cámara de Apelaciones en el vicio nulificante denunciado por la recurrente.

Seguidamente, a tenor de lo prescripto por el artículo 21 de la Ley N° 1406, corresponde recomponer el litigio.

Así, los argumentos anteriormente desarrollados conducen a acoger el recurso de apelación deducido por la



accionada y a revocar el pronunciamiento de primera instancia, rechazando la demanda promovida por no existir, a la fecha de su promoción, diferencia alguna a favor de la actora entre el monto asegurado y el abonado previo al inicio del juicio.

III. En lo que respecta a la tercera cuestión planteada, entiendo corresponde imponer las costas a la parte actora en las tres instancias, atento el resultado obtenido (artículos 17, Ley N° 921, 279, Código Procesal Civil y Comercial de Neuquén, y 12, Ley N° 1406).

Asimismo, corresponde dejar sin efecto las regulaciones de honorarios efectuadas, debiendo adecuarse al nuevo pronunciamiento en la instancia de origen, y regularlos en un 35% por la actuación ante la Alzada y en un 25% por la intervención en esta instancia extraordinaria (artículo 15, Ley N° 1594). **ASÍ VOTO.**

El señor Vocal **Dr. Roberto Germán Busamia**, dijo: Por compartir los fundamentos expresados y la solución propiciada por el colega preopinante, es que emito el mío en el mismo sentido. **MI VOTO.**

De lo que surge del presente Acuerdo, oída la Fiscalía General, **SE RESUELVE: 1°) DECLARAR PROCEDENTE** el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la demandada - Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- (fs. 196/211vta.) por configurarse el vicio alegado por la recurrente y, en consecuencia, **NULIFICAR** la resolución de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 175/191). **2°) RECOMPONER** el litigio a la luz del artículo 21 de la Ley N° 1406, mediante el acogimiento del recurso de apelación deducido por la accionada y, en su mérito, revocar el pronunciamiento de primera instancia, rechazando la demanda incoada. **3°) IMPONER** a cargo de la actora vencida las costas en las tres instancias. **4°) DEJAR SIN EFECTO** las regulaciones de honorarios efectuadas, debiendo adecuarse al nuevo



pronunciamiento en la instancia de origen, y regularlos en un 35% por la actuación ante la Alzada y en un 25% por la intervención en esta instancia extraordinaria, de la cantidad que corresponda por la actuación en igual carácter en primera instancia (artículo 15, Ley N° 1594). **5°) DISPONER** la devolución del depósito efectuado (fs. 195 y vta.), por imperio del artículo 11 de la Ley Casatoria. **6°) ORDENAR** registrar y notificar esta sentencia y, oportunamente, devolver las actuaciones al Tribunal de origen.

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA - Dr. EVALDO D. MOYA
Dr. JOAQUÍN A. COSENTINO - Secretario