



ACUERDO N° 17. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los doce (12) días del mes de mayo de dos mil veintiuno, 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 Civil doctor **JOAQUÍN ANTONIO COSENTINO**, procede a dictar sentencia en los autos caratulados "**BRUNA, MIGUEL ÁNGEL c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA s/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD**" (**Expediente JZA1S1 N° 38.174 - Año 2017**), del registro de la Secretaría Civil.

ANTECEDENTES:

A fs. 324/337 la parte demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- interpone recurso de Nulidad Extraordinario contra lo resuelto a fs. 305/315 por la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de San Martín de los Andes, que confirma lo decidido en la instancia anterior y, en consecuencia, acoge la demanda en su totalidad.

Conferido el traslado, la contraparte lo responde. Peticiona se rechace el recurso, con imposición de las costas (fs. 340/342).

A fs. 350/351vta., mediante Resolución Interlocutoria N° 208/20, se declara admisible el recurso deducido.

A fs. 353/358. dictamina la Fiscalía General propiciando la improcedencia del remedio incoado.

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 el Sr. Miguel Ángel Bruna contra la aseguradora demandada para que se la condene al pago de los seguros colectivos de vida e incapacidad total, tanto obligatorio como adicional, contratados por el Estado Provincial neuquino, con fundamento en que padecería una incapacidad que configuraría el riesgo cubierto.

Alega que la relación jurídica que lo vinculó con la accionada fue de naturaleza contractual y asegurativa, y que resultó abarcada específicamente por el derecho del consumidor.

Esgrime que se desempeñó como funcionario de la Dirección Provincial de Minería, y que durante la relación de empleo sufrió diversas afecciones en su salud que terminaron ocasionándole una incapacidad total para desempeñar las funciones.

Dice que pese a que su incapacidad sería superior al 66%, la compañía de seguros rechazó la cobertura, señalando que las patologías denunciadas no configuraban un suceso indemnizable.

Enfatiza que la cobertura resulta procedente, resultándole inoponible cualquier eventual previsión que contengan las pólizas relativas a la nómina taxativa de patologías invalidantes.

En cuanto al monto de demanda, señala que el capital reclamado por el seguro obligatorio asciende a la suma de \$20.000.-, mientras que el seguro adicional sería igual a 25 sueldos sujetos a aportes percibidos al momento del acaecimiento del siniestro.

A ese respecto, destaca que de la póliza emitida por la demandada, correspondiente al seguro adicional, surge que a



partir del día 01/01/16 el capital asegurado equivale al múltiplo de 25 sueldos, sin tope.

Por último, ofrece prueba.

2. La accionada contesta demanda. Niega los hechos invocados por la contraria y sostiene que la supuesta incapacidad que invoca el actor, en caso de padecerla, no superaría el grado mínimo necesario para motivar la procedencia de la cobertura.

Sostiene la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor. En tal sentido, dice que conforme la jurisprudencia más reciente de la Corte Suprema de Justicia, la función social que debe cumplir el seguro no implica que daban repararse todos los daños producidos al tercero víctima, sin consideración de las pautas del contrato que se invoca.

Cita los fallos "Buffoni" y "Flores" de la Corte Suprema, en los que -según entiende- se ha sostenido 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.

Explica que tal como surge del contenido de la póliza y de los recibos de sueldo acompañados, el monto máximo asegurado, a la fecha en que se denuncia consolidado el siniestro, es de \$300.000.-.

Refiere que el actor transcribió el contenido de la póliza en su demanda, lo que denota su conocimiento. Y que tal como surge de su texto, era necesario que los asegurados prestaran consentimiento tras un nuevo encuestamiento respecto de la eliminación del tope de suma asegurada.

Agrega que el Decreto N° 541/17 así lo establece en sus considerandos. Únicamente los asegurados encuestados nuevamente podrían acceder a una indemnización sin tope, pero para ello debían: i) peticionarlo expresamente en el encuestamiento; ii) autorizar la readecuación -incremento- de la prima acorde al nuevo monto asegurado.



Enfatiza que resultaría absurdo sostener que el incremento de la prestación dineraria asumida por la aseguradora no esté atada al aumento proporcional de la prima que debe pagar el asegurado, ya que a mayor riesgo, mayor prima.

Concluye que el actor no podría acceder a una indemnización por la que nunca pagó la prima correspondiente.

Por ello, deja sentado que en caso de acreditarse los extremos necesarios para el progreso de la acción, su parte no podría ser condenada a pagar más allá del capital asegurado previsto en la póliza contratada.

En tal sentido, expone que las cláusulas limitativas del riesgo tienen directa vinculación con la prima o precio que paga el asegurado. De allí que mal pueda considerarse abusivo el contenido de la póliza en este aspecto.

Manifiesta que formula reserva del caso federal.

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

En primer lugar, considera configurada la contingencia cubierta por la póliza.

Afirma 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.

Luego de citar varios antecedentes propios y de la Cámara de Apelaciones del Interior, concluye que debe seguirse el criterio más favorable para el consumidor.

Despejado lo anterior, fija los montos por cada uno de los seguros. Señala que el obligatorio asciende a la suma de \$20.000.-, en tanto que el adicional equivale al múltiplo de 25 sueldos sin tope a partir del 01/01/16, conforme surge de la póliza acompañada.

Considera que la defensa de la accionada en punto al tope de la suma asegurada no resulta 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 no se ha acreditado por la aseguradora haber notificado fehacientemente al aquí actor, las exigencias a cumplir para hacer operativa la eliminación del tope máximo previsto con anterioridad al 01/01/16.

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

4. Disconforme con este pronunciamiento, apela la demandada, cuestionando el monto de la condena, por haberse inobservado la suma máxima asegurada de \$300.000.-, respecto al seguro adicional. Los agravios son replicados por la contraria.

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

Para así decidir, señala 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.

Agrega que el modelo de interpretación referido también resulta 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.

En tal sentido, y haciendo referencia a antecedentes de la misma Alzada, sostiene que la normativa consumeril resulta aplicable por sobre otras leyes, como es la Ley de Seguros, más allá de que sea la ley específica.

Seguidamente, hace mención a los Decretos N° 349/13 y N° 541/17. Afirma que, en esta última normativa, el Poder Ejecutivo modifica la suma asegurada y costo fijo mensual para toda la nómina de personal vigente e incorporaciones a partir



del 1 de enero de 2016 por la cobertura de los seguros base de la presente acción.

Transcribe las cláusulas referentes al monto asegurado del contrato colectivo, modalidad adicional, que uniera a las partes. También cita antecedentes propios sobre el deber de informar previsto en la normativa consumeril.

A dicho respecto, entiende que en la causa no obran elementos de convicción que demuestren que el 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 acreedor 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, concluye que la exigencia prevista en la póliza a fin de que el actor resulte acreedor del capital asegurado sin el tope máximo de \$300.000.-, le resulta inoponible.

Por último, considera que de los Decretos N° 349/13 y N° 541/17 -normas que sientan la base de la relación asegurativa entre el empleador del actor y la incoada-, se desprende que la prima a cargo del asegurado es de un costo mensual de 2,40% sobre remuneración fija, por lo que desestima que la condena impuesta traiga aparejado un perjuicio económico.

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

6. Esta última, interpuso recurso de Nulidad Extraordinario.



Por el carril mencionado, la recurrente aduce que la resolución no tendría sustento suficiente en las constancias de autos.

Manifiesta que el pliego de condiciones es el que determina que en la contratación del seguro adicional colectivo, desde el 01/01/12 al 31/12/15, existe una suma máxima asegurada de \$300.000.-.

Añade que si se tiene por cierta la afirmación de la Cámara en orden a la inexistencia de tope en dicho período, la modificación introducida por el Decreto N° 541/17 sería regresiva e inadmisibile.

Insiste que la existencia del capital máximo asegurado a favor del actor surgiría de: i) el pliego de bases y condiciones, ii) la póliza contratada; iii) los Decretos provinciales que cita; y iv) los recibos de sueldo.

Denuncia que los magistrados tampoco habrían ponderado la razonabilidad en la ecuación económica y financiera del contrato. Sostiene 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.

Luego de reiterar que el razonamiento de la Cámara no reflejaría relación alguna entre la prima y el capital asegurado, afirma que sería insensato considerar que por el mero cambio de fecha, se modificaría, por si sola, la suma asegurada sin readecuación de la prima y sin cumplir con algún otro recaudo.

Postula que lo decidido resulta arbitrario, 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 ecuación económica y financiera del contrato.



Efectúa consideraciones en torno a la notificación de la opción de liberar la suma asegurada y a la posibilidad de su no aceptación.

Culmina su escrito manifestando que hace 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, de la Ley N° 1406).

Para comenzar, es preciso tener presente que llega firme a esta instancia que el actor padece una incapacidad constitutiva del riesgo cubierto por la póliza asegurativa y que resulta acreedor del seguro colectivo, tanto obligatorio como complementario u optativo.

Lo que controvierten las partes es el monto por el cual debe prosperar el seguro optativo. Puntualmente, si en el caso rige o no un tope o suma máxima asegurada.

Como se desprende de los antecedentes de la causa arriba mencionados, los jueces de la Alzada han resuelto el caso, fundamentalmente, con base en el incumplimiento del deber de información, toda vez que -según entienden- el asegurado no fue informado 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", entre otros, 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 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, según entiendo, a arribar a una solución apartada de las constancias de la causa.

Veamos. Como se señaló, la aseguradora demandada planteó en este pleito la existencia de una suma máxima contemplada en la póliza; el actor, por su parte, sostuvo la inoponibilidad de los requisitos previstos para la liberación del tope, ya que no le fueron notificados (fs. 273vta. y 298/299vta.).

De la documental agregada a autos, surge que la póliza vigente a partir del 01/01/16 (período en el cual acontece el siniestro de autos), prevé entre los riesgos cubiertos la "... incapacidad total y permanente por enfermedad y accidente ...", y establece como suma asegurada \$300.000.-.

Luego, en las cláusulas particulares dispone:

"... CAPITAL ASEGURADO:

a) A partir del 01/01/2016: Múltiplo de 25 sueldos, según información aportada por el tomador de la póliza. Suma asegurada Máxima: Sin tope. 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.



b) *Hasta el 31/12/2015: Múltiplo de 25 sueldos, según información aportada por el tomador de la póliza. Suma asegurada Máxima: \$ 300.000. Suma asegurada Mínima: \$ 10.000 ...*”.

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 y N° 2 indican que la presente póliza constituye una renovación -por cuatro años- de la anterior, que rigió a partir del 01/03/12.

Esa póliza anteriormente vigente preveía, asimismo, un capital máximo asegurado para el seguro optativo de \$300.000.- (fs. 162 y siguientes). Es decir, la póliza anterior también contenía un tope.

Y antes de ello, el pliego de la licitación N° 044/11 que dio origen a estos contratos, indica 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. 199).

Por otro lado, en los recibos de sueldo acompañados al expediente, se observa un cuadrante en el margen izquierdo que indica: “capital asegurado: 300.000.” (diciembre 2015/septiembre 2016, fs. 137/144 y legajo agregado por cuerda).



Esta última documentación pone de relieve que por esa suma asegurada máxima al actor 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 nueva póliza -con vigencia a partir de enero de 2016- el actor 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.

Esto último sería factible una vez finalizado el contrato vigente hasta diciembre de 2015. De hecho, parecería que se había previsto realizar el nuevo encuestamiento individual a cada empleado entre enero y febrero de 2016, de modo que las nuevas pólizas emitidas desde marzo de 2016, ya contemplarían un nuevo valor de suma asegurada y de costo mensual (cfr. endoso N° 3).

Finalmente, el decreto provincial que autorizó la modificación de la suma asegurada y costo fijo mensual a partir de enero de 2016, se dictó en abril de 2017 (Decreto N° 541/17). Esa tardanza evidentemente influyó en la postergación del encuestamiento respectivo.

Más allá de ello, 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 el actor haya abonado siempre la misma prima resulta un dato determinante, dado que si se aceptara que por el solo hecho de no habérselo 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, el actor 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, el actor 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).

En mi opinión, 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.

En este caso, al permanecer las condiciones iguales a igual prima, no se constata afectación alguna y, por ende, la declaración de nulidad o inoponibilidad de la cláusula contractual decidida 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.

De seguido, 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 parcialmente el pronunciamiento de Primera Instancia en lo que fue materia de agravios, reduciendo el monto de condena en punto al seguro adicional a la suma de \$300.000.-, con más los intereses dispuestos en dicho pronunciamiento.

III. En lo que respecta a la tercera cuestión planteada, entiendo corresponde distinguir según las distintas etapas del proceso.

En relación con las costas originadas en la primera instancia, cabe tener en cuenta que persiste la condena en contra de la demandada, tanto por el seguro obligatorio como el adicional, modificándose solo en la existencia de un tope máximo para este último. Por lo tanto, se mantiene la imposición de las costas a la parte demandada en su calidad de vencida (artículo 17, Ley N° 921).

Luego, para las provocadas ante la Alzada y en esta instancia extraordinaria, a tenor del resultado al que se arriba, se han de imponer al actor por resultar vencido (artículos 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 30% por la actuación ante la Alzada y en un 25% por su actuación en esta instancia extraordinaria (artículo 15, Ley N° 1594).

En lo que refiere a la nueva regulación de honorarios a realizarse en la Primera Instancia, deberá tenerse en cuenta



que, conforme doctrina de este Tribunal Superior "... cuando el monto reclamado sea superior a la suma que resulte de la sentencia o transacción, los honorarios que se regulen a los profesionales no pueden superar el 33% del valor fijado judicialmente, ya que, en caso de ser superiores, serían confiscatorios ..." (cfr. Acuerdos N° 284/92 "Martínez", del registro de la entonces Secretaría de Demandas Originarias y Recursos Extraordinarios; N° 5/14 "Ippi" y N° 1/20 "Ferraz", del registro de la Secretaría Civil de este Tribunal Superior de Justicia); precisándose que "... la sumatoria de las dos regulaciones -trámite principal e incidente- en lo que respecta a los letrados de la parte gananciosa -en este caso parte actora- junto con los honorarios del perito, todos fijados para la retribución en primera instancia, no superen el valladar del 33% del monto fijado judicialmente ..." (cfr. Acuerdos N° 14/18 "Micheli" y N° 14/20 "Romero", del registro citado). **ASÍ VOTO.**

El señor Vocal doctor **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 a fs. 324/337 por la demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- por configurarse el vicio alegado por la recurrente y, en consecuencia, **NULIFICAR** la sentencia de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de San Martín de los Andes, recaída a fs. 305/315; 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 parcialmente el pronunciamiento de Primera Instancia en lo que fue materia de agravios, reduciendo el monto de condena -en



punto al seguro adicional- a la suma de \$300.000.-, con más los intereses dispuestos en dicho pronunciamiento; **3°) MANTENER** la imposición de las costas en la primera instancia e **IMPONER** a cargo del actor vencido las provocadas en la segunda instancia y en la instancia extraordinaria local; todo conforme lo expresado en el punto III del presente; **4°) DEJAR SIN EFECTO** las regulaciones de honorarios efectuadas, debiendo adecuarse al nuevo pronunciamiento en la instancia de origen - teniendo en cuenta la doctrina de la confiscatoriedad señalada en los considerandos-, y regularlos en un 30% por la actuación ante la Alzada y en un 25% por su actuación en esta instancia extraordinaria (artículo 15, Ley N° 1594); **5°) DISPONER** la devolución del depósito efectuado (fs. 323), 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