



**ACUERDO:** En la Ciudad de Zapala, Provincia del Neuquén, a veinticuatro -24- días del mes de Mayo del año 2018, se reúne en Acuerdo la Sala II de la Cámara Provincial de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral, Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales, integrada con los Vocales, doctores Alejandra Barroso y Dardo Walter Troncoso, con la intervención de la secretaria Dra. Norma Alicia Fuentes, para dictar sentencia en estos autos caratulados: **"SALAZAR MARIO C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA"** (Expte. 33676, Año 2016), del Registro del Juzgado de Primera Instancia Civil, Comercial, Laboral y de Minería de Zapala.

De acuerdo al orden de votos sorteado, el **Dr. Dardo W. Troncoso** dijo:

I.- Vienen estos autos a estudio del Tribunal como consecuencia del Recurso de Apelación que a fojas 177/190 ha interpuesto la demandada en el mismo escrito en el que funda su queja.

Su crítica queda centrada en un argumento principal que es el rechazo a la defensa de exclusión de cobertura respecto al seguro adicional, que reputa incorrecto y que luego pasa a exponer desde dos aristas.

La primera que sostiene es que el riesgo asegurado es el previsto en la póliza de seguros adicional que se contrató y que en el este caso resulta inaplicable la ley de defensa al consumidor.

Considerando los precedentes que cita la Jueza en su decisorio, pretende sintetizar algunos aspectos relevantes de los mismos y luego controvertirlos.



Dice que sostiene la Jueza que el riesgo cubierto en este tipo de seguros es la incapacidad total absoluta y permanente igual o mayor al 66 % que le impide al trabajador realizar tareas conforme sus actitudes, declarando inoponibles al asegurado las cláusulas que limitan tal riesgo y que están previstas en la póliza contratada por el tomador pese a que la actora se ha notificado de las mismas y se le ha hecho entrega del certificado individual de cobertura tal como surge del acta de relevamiento adjuntada, al contestar la demanda y que fuera reconocida por la accionante en oportunidad de contestar el traslado de la documental adjuntada por su parte.

La a quo ha ponderado el carácter social del seguro y la falta de intervención del trabajador en la negociación entre el tomador y la aseguradora lo cual torna aplicable la ley de defensa del consumidor en virtud de cuya aplicación se declaran abusivas o inoponibles las cláusulas delimitativas del riesgo que invocara la aseguradora, teniendo en cuenta el carácter protector y progresivo de los derechos humanos que llevan a efectuar una interpretación favorable al asegurado.

Con cita del fallo dice que se encuentra acreditado en este juicio que el BPN S.A. llamó a licitación pública en 2011, como carácter de representante del tomador para contratar seguros de vida y que en ese carácter determinó cual era el riesgo a cubrir en la operatoria del seguro, que la apelante resultó adjudicataria de la licitación y comenzó a prestar el seguro de vida desde el 1º de enero del 2.012., que las cláusulas delimitativas del riesgo invocadas por su parte existen y son las previstas en las pólizas agregadas en autos, que en virtud de ello el riesgo reclamado en concepto de seguro adicional no tiene cobertura porque la actora no presenta las afecciones consideradas en la póliza para que la



incapacidad sea considerada total, permanente y absoluta, que la actora pagaba un prima correspondiente al seguro en dichas pólizas. Frente a esto se ha resuelto rechazar la defensa de exclusión de cobertura errando la jueza al sostener algo ficticio y falso esto es que el riesgo asegurado es la incapacidad permanente igual o mayor al 66% independientemente de las limitaciones contenidas en la cláusula adicional.

En apoyo de su tesis cita partes del precedente "Buffoni" y el precedente "Flores", ambos de la Corte suprema de Justicia de la Nación relacionados a la no aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor, a contratos de seguro que se entiende deben ser regidos por la Ley N° 16.418.

Con cita de doctrina aboga por la obligatoriedad del acatamiento de los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, y acude también a la cita del fallo "Chandia" de este organismo, vinculado al reconocimiento de la necesidad de aplicar los criterios sentados por la Corte Suprema Justicia de la Nación más allá de que los mismos sean compartidos o no por los magistrados inferiores, por lo tanto los fundamentes invocados por la Jueza de la instancia anterior para aplicar la normativa de la Ley de Defensa del Consumidor no son adecuados para enervar la postura citada por nuestro Máximo Tribunal Federal en esta materia.

Refiere también los precedentes "Iglesias" y "Jara" de la Cámara de Apelaciones de la ciudad de Neuquén, efectuando extensas citas de los vocales en punto al criterio que viene exponiendo esto es la inaplicabilidad del régimen de defensa del consumidor a los contratos de seguro.

Dice que este mismo criterio es el que sigue la reciente reforma al Código Civil y Comercial que excluye de su regulación a los contratos de seguro en los que existe una



conjunción de pautas y parámetros racionales, matemáticos y financieros cuya inalterabilidad es necesaria para el cumplimiento de los fines propuestos por los integrantes de la relación.

Por eso la Ley de Defensa del Consumidor no se aplica a los contratos de seguro pues ello implica admitir la modificación de aspectos esenciales del vínculo contractual, por lo que las pautas de esa norma, no pueden utilizarse para resolver casos donde se controvierte la existencia, extensión o alcance de cualquier variable de contrato de seguro, los terceros contratantes deben respetar los términos y condiciones pactadas por el tomador y previstas en la ley de seguros y por último, ni la función social del seguro ni la ley de defensa del consumidor poden constituir argumentos válidos para perseguir una indemnización invocando una acción prescripta conforme los términos de la normativa específica dictada al respecto máxime en este caso en donde el tercero reclamante esta anoticiado del contenido de la póliza tal como lo refirió.

Cita el fallo "Yegros" de la C.S.J.N. referido a la ausencia de normativa alguna que regule el seguro de vida tal como lo sostuvo nuestro T.S.J. en el fallo "Camargo" ya que la única mención normativa vigente lo constituye el Art. 38 de la Constitución Provincial, referido a un seguro contra la invalidez y el Decreto del Poder ejecutivo Provincial N° 349/13 que aprueba la licitación administrativa por medio de la cual la apelante resultó adjudicataria del seguro de vida colectivo, por lo que en este marco de evasión normativo local se debe acudir a la Ley de Seguros, que en sus arts. 11 y 12 establecen que el contrato de seguros es la fuente principal de las obligaciones que tienen las partes por lo tanto para



determinar si el riesgo denunciado se encuentra cubierto, hay que circunscribirse a los términos de la póliza pactada.

Por tanto no corresponde acudir pretorianamente a la invención y voluntarismo judicial para crear un riesgo cubierto, no previsto en la póliza contratada porque de esa forma se vulnera, elementales normas del contrato de seguro, afectándose la solvencia misma del contrato y del sistema, además de infringirse la manda constitucional del Art. 38 de nuestra constitución provincial.

Dice que condenar a la aseguradora a pagar una indemnización no prevista en la póliza ni siquiera establecida por ley, por la sencilla razón de que "lo abona el seguro" es un sofismo fruto del desconocimiento de la realidad, del funcionamiento del sistema asegurador y de cómo actúa la denominada "comunidad del alea" ya que si el fondo de primas no alcanza, la ecuación se rompe y el seguro corre peligro apoyando esta afirmación con cita a fallos del TSJ.

Por ello, no habiendo el actor impugnado el proceso licitatorio y al habersele entregado copia de las pólizas y del certificado (acta de relevamiento), estando aprobada la póliza por la Superintendencia de Seguros de la Nación y habiéndose pagado una prima acorde al riesgo cubierto, mal puede alegarse que las cláusulas limitativas del riesgo contenido en el seguro adicional son abusivas o inoponibles, máxime cuando ya se ha pagado el seguro obligatorio.

Además mal puede considerarse abusivo el contenido de la póliza siendo que las cláusulas delimitativas del riesgo tiene directa vinculación con la prima que paga el asegurado, y en este sentido el artículo 1121 del Código Civil y Comercial establece que no pueden declararse abusivas



las cláusulas referidas a la relación entre el precio y el bien o servicio procurado.

A todo evento, señala que el actor tenía la facultad de rehusar la contratación ofrecida en los términos propuestos por la aseguradora, quien estaba limitada por el contenido de la póliza predispuesta por el propio empleador del actor y eventualmente contratar otro seguro por lo que si optó por contratar libremente el seguro que aquí reclama mal puede pretender una indemnización para un supuesto que él sabe que se encuentra fuera de cobertura porque eso violenta la doctrina de los propios actos y constituiría un enriquecimiento sin causa.

Por eso las cláusulas delimitativas del riesgo son oponibles al actor porque estaba notificado del contenido y las mismas son legales porque son normas impuestas por la administración en ejercicio de su función administrativa.

De esa manera lo que la jueza no advierte es que estas cuestiones ya fueron ponderadas por el constituyente cuando mandó a contratar un seguro, entonces el juez debe respetar la manda constitucional en el sentido de que está juzgando sobre un contrato de seguro y está condenando a pagar un riesgo no cubierto en las condiciones del contrato y por tanto no está respetando la esencia del contrato de seguro estipulado por el constituyente en su momento.

Muy distinta es la situación a nivel nacional con la Ley 13.002, o con el Decreto 1567/64, donde a diferencia de lo que ocurre en Neuquén, hay una norma general que determina el riesgo cubierto por los seguros de vida colectivo de tal forma que el contrato que se celebre no puede brindar una cobertura menor a la que ahí se estipula.



En nuestro caso de la provincia del Neuquén, celebra nuevos contratos de seguro estableciendo una fecha de inicio y otra de final de la cobertura, previo llamado a licitación pública y determina el riesgo en los pliegos licitatorios sin que ningún actor social cuestione ese proceder.

Formula otras manifestaciones y expresa que la sentencia impugnada parte de un supuesto de hecho falso (que el hecho denunciado es un riesgo cubierto por la póliza) para condenar a la apelante a pagar una indemnización no prevista en el contrato celebrado, violentando normas que rigen al seguro, pues se castiga a quien actúa conforme a derecho, es decir a quien percibe las primas conforme los términos del seguro contratado y paga las indemnizaciones conforme los términos del contrato, citando en apoyo de esta postura precedentes jurisprudenciales.

La otra perspectiva la centra en la modificación indebida del contenido del contrato, argumentando que la sentenciante se ha apartado del contrato de seguro de vida colectivo, porque ni la función social del seguro ni la ley de defensa del consumidor y menos aún los argumentos tuitivos relacionados con la naturaleza del seguro en cuestión pueden justificar que un juez modifique el contenido esencial de un contrato, transformándolo en otra cosa y menos puede hacerlo sin que una de las partes (el tomador) esté presente o sea parte del juicio.

Con cita del precedente "Villagran" del TSJ dice que mediante el contrato celebrado su mandante se comprometió a abonar la indemnización prometida siempre y cuando se configure el riesgo pactado, hecho éste que resulta vital para determinar la contraprestación que debe pagar la asegurada, por eso, si se resuelve condenar a la aseguradora a abonar una



indemnización por un acontecimiento fuera de la cobertura, es decir por un hecho respecto del que las partes no celebraron contrato alguno, se desnaturaliza por completo el convenio celebrado, aumentándose además gravosamente las obligaciones del aquí apelante en beneficio de la otra parte la asegurada sin que se reajuste la prima correspondiente.

Agrega que la sentencia implica una modificación ilegítima del contrato de seguro colectivo en su modalidad obligatorio y adicional, y a más de afectarse el vínculo, se transforma su esencia en otro contrato distinto al celebrado.

Dice que si se considera que el contrato es abusivo o perjudicial, las vías procesales o pretensiones que contaba la actora son otras, no hay desprotección judicial porque el sistema procesal otorga otras herramientas, pero no se puede fallar en este proceso en la forma en que lo hizo la a quo pues implica una aniquilación del derecho constitucional de propiedad y libertad de contratación, entre otros.

Esto resulta más gravoso aún si se pondera que en este caso se está afectando el interés de terceros, pues el resto de los asegurados ve como su aporte es utilizado por otros asegurados para el pago de prestaciones por hechos fuera de la cobertura, y hay un desvío del destino del fondo de las primas que pone en jaque al propio sistema, pues si bien es cierto que el seguro tiene una función social, la misma debe ser razonablemente equilibrada con el principio de autonomía de la voluntad contractual, de propiedad y de los derechos de terceros aportantes al sistema, todos ellos dignos de tutela.

Luego de citar precedentes jurisprudenciales vinculados a la improcedencia de interpretaciones judiciales que lleven a la recíproca destrucción de derechos, dice que la jueza al condenar a su parte a indemnizar un suceso





manifiestamente excluido de la cobertura, afecta indebidamente el vínculo contractual estipulado en perjuicio de una parte y en beneficio de la otra sin que se corresponda con la pretensión esbozada en la demanda, pues el actor reclamo una indemnización por un suceso indemnizable pero no solicito la modificación del contrato o su nulidad, con lo que se verifica una incongruencia entre lo pedido y lo resuelto porque el juez se tuvo que apartar de los términos de la pretensión esbozada en la demanda.

Si la actora sostiene que aconteció un suceso indemnizable y la demandada lo niega, el texto de las pólizas indica que el suceso indemnizable no se corresponde con el hecho denunciado como tal por el actor, por esto la jueza pese a ello dice que sí ha acontecido ese suceso, pero para arribar a esa conclusión modifica las cláusulas que delimitan el riesgo sin que ello haya sido solicitado por el actor en su demanda, por lo que ahí queda patente el vicio de la sentencia.

Entiende que arribar a una solución contraria a la que postula implicaría aceptar que el juez se halla habilitado para modificar los términos de un contrato celebrado, infringiéndose de esa manera la prohibición contenida en el artículo 960 del CCyC, de tal forma que al modificarse el riesgo asegurado se estaría alternado el objeto mismo del contrato, trasformando al acuerdo de voluntades en un contrato distinto al celebrado.

Agrega que en este caso no se verifican los supuestos de excepción previstos en la citada norma, porque el actor no pidió la modificación de los términos del contrato y porque la cláusula en cuestión no afecta manifiestamente el orden público, explayándose en este sentido.



Dice que el Art. 960 del Código Civil y Comercial, habla de "modificación" por lo que supone la posibilidad de intervención en alguno de los aspectos de la regulación convenida por las partes sin que se afecte la subsistencia del vínculo contractual, conservado por el principio contenido en el Art. 1066 de ese cuerpo legal y esta situación es la que se da en el caso de autos, ya que se ha modificado la esencia misma del contrato que es la relación precio-riesgo, aumentando los derechos de una parte (la actora), sin la previsión de adecuación de sus deberes (prima) con relación a la otra parte que es la aseguradora, con lo cual el vínculo contractual queda desnaturalizado.

En esta misma línea argumental reitera que resulta aplicable el art. 1021 del Código Civil y Comercial en cuanto establece que no pueden ser declaradas abusivas las cláusulas relativas a la relación entre el precio y el bien o el servicio procurado, con lo cual es el propio legislador quien ha puesto límites a las declaraciones de abusividad.

La norma citada es plenamente aplicable al contrato de seguro porque toda cláusula que en esencia termine relacionando al servicio con el precio no puede ser declarada abusiva o ineficaz porque esto dejaría al asegurador en una situación inequitativa y este es el caso de las exclusiones de cobertura, porque el asegurador no ha calculado prima para cubrir los casos que excluye, de manera que si un juez lo obliga a indemnizar por considerar abusiva la exclusión lo está obligando a abonar un hecho por el que no ha percibido la correspondiente contraprestación.

Con cita de fallos jurisprudenciales dice que no es posible declarar abusiva o ineficaz la cláusula contractual que fija la relación entre el precio y el bien ofertado porque por un lado genera desigualdad entre los mismos beneficiarios



del servicio y por el otro afecta derechos constitucionales de la empresa contraprestadora.

En este sentido advierte que la sentencia modifica la cláusula central que regula la relación "precio/servicio" alterando el derecho de propiedad de la recurrente ya que incrementa el "servicio" (riesgo asegurado) sin que el respectivo incremento del "precio" (prima) por ese mismo servicio tornando imposible desarrollar la actividad de la aseguradora.

También afecta el derecho a la igualdad ya que para algunos asegurados que no judicializan su pedido pagan una prima por el riesgo pactado mientras que otros como el actor consiguen obtener un servicio mayor a un mismo precio como consecuencia de la actuación judicial y solventado por el resto de los aseguradores.

También se atenta contra la previsibilidad de las acciones y reserva de la demandada porque tiene que pagar indemnizaciones por sucesos carentes de cobertura, ya que así lo ordena una sentencia sin poder modificar por ella misma las primas, generando así efectos distorsivos del sistema.

Formula otras manifestaciones y pide el rechazo de la demanda porque no ha acontecido en los términos del contrato de seguro celebrado el riesgo cubierto resultando en consecuencia procedente la defensa de exclusión de cobertura que expusiera porque ninguna de las patologías que presenta la actora están tipificadas como suceso indemnizable en la póliza contratada.

El otro agravio en el que funda su recurso está relacionado con la improcedencia de la doctrina de la inoponibilidad de las cláusulas delimitativas del riesgo.



Dice que tanto la ley de Defensa al Consumidor cuanto la Ley de Seguros no establecen la inoponibilidad de la cláusula contractual opuesta al asegurado sino que esta última prevé que la misma debe ser opuesta con cita a sus artículos 11, 12 118 y concordantes.

Entiende que la mayoría de la doctrina ha sostenido que el sustento legal de la inoponibilidad se encuentra en las disposiciones legales que se refieren a cada una de las hipótesis previstas en el Código o el ordenamiento legal en general, tratándose de un supuesto de ineficacia establecido por la Ley en ciertos casos en particular.

Dice que el efecto directo del acto jurídico es atribuir a las partes derechos y obligaciones y el efecto indirecto se relaciona con la existencia misma del acto y pone como ejemplo el contrato de compraventa.

La inoponibilidad se configura cuando los efectos indirectos de los actos jurídicos no alcanzan a determinados terceros amparados por la ley, para quienes el acto es como si no existiera, lo que se visualiza en el vicio de fraude por ejemplo en el que el acreedor que triunfo en la acción de inoponibilidad puede desconocer la existencia misma del negocio celebrado por su deudor de modo que no produzca efectos ante él.

De tal manera la inoponibilidad debe estar expresamente establecida en la ley, es decir es un supuesto de ineficacia estrictamente legal y esta característica la comparte con la nulidad y la revocación y la diferencia de la rescisión y la resolución también pueden tener base convencional.

Aplicando estas consideraciones a este caso dice que la sanción de ineficacia vía inoponibilidad de la cláusula



de cobertura opuesta carece de sustento legal, por no estar establecida en la ley aplicable para el supuesto de autos, debiendo estarse en consecuencia al contenido del contrato de seguro celebrado aplicando en consecuencia la cláusula en cuestión y en todo caso estarse a las alternativas de solución que la ley prevé para el caso y que el actor no pidió ni utilizó que es pedir la nulidad de la cláusula e integración del contrato.

Es decir que ni el Código Civil ni la Ley de Seguros ni la Ley de Defensa al Consumidor autorizan al Juez a declarar inoponible la cláusula de exclusión de cobertura en la forma efectuada por el a quo, pues las vías de acción o pretensión acordadas por el ordenamiento jurídico son otras, y de allí que la sentencia es arbitraria por carecer de sustento legal que la avale.

Agrega que la declaración de inoponibilidad de la cláusula de un contrato requiere que exista un cambio previo en las condiciones contractuales que en este caso no existe, por lo que al declararse inoponible la cláusula de exclusión de cobertura no queda vigente ninguna, y eso que no existe cambio alguno en las condiciones contractuales pactadas originariamente entre las partes que amerite la particular declaración de ineficacia de una supuesta nueva cláusula, ya que el contrato celebrado ha sido siempre el mismo y tampoco se acreditó la existencia de contrataciones anteriores que en el caso del actor tuvieran pactado un riesgo distinto al presente, por eso es desacertada la sanción impuesta.

Formula otras manifestaciones y concluye pidiendo la revocación de la sentencia y el rechazo de la demanda porque la actora no presenta una incapacidad mayor al 66% en los términos de la póliza de seguros, porque tampoco presenta las afecciones previstas taxativamente como riesgo asegurado



en el seguro adicional, porque el presupuesto fáctico previsto como suceso indemnizable en el seguro no se ha verificado y por lo tanto tampoco está amparado, y porque el juez no puede modificar el contenido del contrato toda vez que no se condice con los términos en que se trabó la litis y es violatorio de derechos constitucionales como el de propiedad, y por último, como lo sostuvo la CSJN en los precedentes "Buffoni" y "Flores", demostrados los presupuestos facticos y la existencia de la cláusula de exclusión de cobertura, no hay razón para limitar los derechos de la aseguradora, procediendo en definitiva el rechazo de la demanda.

En segundo lugar se agravia por el incorrecto computo de intereses que adjudica al fallo en tanto condena a pagar intereses desde la fecha de la denuncia del siniestro y no desde la contestación de la demanda, puesto que computándose los mismos desde la mora, que se configura desde el rechazo del reclamo extrajudicial o desde que se debió realizar ese rechazo, ya que el asegurador debe pronunciarse siempre que haya una denuncia de siniestro y la mora en el cumplimiento de sus obligaciones se encuentra supeditada a aquella.

Con cita de un precedente judicial de la Cámara de Apelaciones de la Ira Circunscripción, dice que dado que el actor no cumplió con el pedido de información complementaria efectuado por la aseguradora, estando suspendidos los plazos para expedirse por parte de la apelante, la fecha de inicio del cómputo de los intereses moratorios debió ser fijada con aquella correspondiente a la época en que se contestó la demanda, ya que allí se evidenció la voluntad de rechazar el reclamo (caso contrario la aseguradora hubiera quedado en rebeldía), ante el incumplimiento de las cargas legales que pesaban sobre la actora y la falta de explicación de los



motivos que la llevaron a omitir la información complementaria solicitada.

Ello así -continúa- pues en caso contrario se premiaría el incumplimiento de la ley a quien ha actuado al margen de ella, dando lugar a una obligación a cargo de la apelante sin causa legítima, y a su vez se resolvería el caso en franca violación a la normativa aplicable.

Agrega que el tomador es una persona jurídica diferente a la aseguradora y el eventual conocimiento que tuviera de la afección no genera la mora en la aseguradora, la que se genera desde la fecha del reclamo o en este caso desde la fecha en que contestó la demanda, pues ahí se evidenció la voluntad de desestimar la denuncia del siniestro, solicitando se haga lugar al recurso en cuanto a este agravio se refiere.

En tercer lugar introduce la apelación por las costas del juicio, dado que tratándose el presente de un juicio de naturaleza laboral, resulta aplicable el límite de responsabilidad establecido en el artículo 277 de la LCT.

Con cita de varios precedentes del TSJ ("Reyes Barrientos", "Cardellino", "Pino Hernández" entre otros), dice que en asuntos de índole laboral son aplicables las disposiciones del artículo 4 de la ley 1594 en cuanto prevé que en asuntos de índole laboral, rigen los límites y formalidades establecidas en el artículo 277 de la LCT, razón por la cual solicita que su mandante únicamente debe ser condenada respecto del 25% del monto de la sentencia solicitando la readecuación de los honorarios profesionales que se regularan.

Formula luego reserva del caso federal y pide se haga lugar al recurso revocándose la sentencia que apela.



**II.-** Conferido el pertinente traslado a fs. 192, contesta la actora en su presentación de fs. 194/197.

En forma preliminar pide se declare desierto el recurso interpuesto en atención a que la apelante no ha dado cumplimiento con los requisitos establecidos por el artículo 265 del Código Procesal, ya que los agravios impetrados no refutan los fundamentos de la sentencia en crisis.

Dice que si bien el criterio de las dos salas de este Cuerpo es la amplitud en la apreciación de la técnica recursiva, ello no implica que existe un mínimo por debajo del cual las consideraciones o quejas traídas a resolver carezcan de entidad jurídica como agravios, no resultando legalmente viable discutir el criterio judicial sin apoyar la oposición en basamentos idóneos, sin criticar en forma concreta y razonada las partes de la sentencia que el apelante considera equivocadas.

Contestando subsidiariamente los agravios de los que se le corriera traslado y en relación a la exclusión de cobertura, el quejoso basa su recurso en que la a quo le rechazó la defensa de exclusión de cobertura, lo que considera incorrecto.

Con transcripción de parte de la expresión de agravios (punto II.1) dice que esa presentación no cumple con las previsiones del artículo 265 del Código Procesal Civil aplicable supletoriamente al proceso laboral por vía del artículo 54 de la ley 921, que implica que se debe atacar frontalmente lo que el apelante considere incorrecto.

Se agravia también por considerar que el riesgo reclamado carece de cobertura asegurativa y que en autos no es aplicable la Ley de defensa al Consumidor, con sustento en los precedentes "Buffoni" y "Flores" de la CSJN.





Sin embargo, no logra conmovier los fundamentos de la sentencia de autos que se encuentran avalados por varios precedentes del TSJ provincial que individualiza, como también otros precedentes de este Cuerpo ("Jerez Hugo c/ Sancor Cooperativa de Seguros s/ Cobro de seguro de vida") en el que se han fundamentado los motivos por los que se consideró inoponibles al asegurado las cláusulas taxativas limitativas de responsabilidad impuestas por la aseguradora, como asimismo las razones por las que se aplica el régimen consumerista y las razones por las que no resulta aplicable el precedente "Buffoni".

Con cita al precedente "Ceballos c/ Sancor" sostiene que este Tribunal ya ha decidido que el precedente "Buffoni" no resulta aplicable a casos como el presente, pues no se trata indemnizar daños y perjuicios sino de un contrato de seguros colectivo de vida que responde a postulados constitucionales de la seguridad social, y que por tanto se encuentran alcanzados por la LDC que en su artículo 37 establece que toda interpretación se hará en el sentido más favorable para el consumidor, y que sin perjuicio de la validez del contrato se tendrán por no contenidas las cláusulas que desnaturalicen las obligaciones o limiten la responsabilidad y las cláusulas que importen renuncia o restricción de los derechos del consumidor o amplíen los derechos de la otra parte.

Por otra parte el artículo 65 de la LDC determina el carácter de orden público que el legislador le dio a esa norma, justamente para imponerse a las convenciones privadas mucho más a las contrataciones en masa con cláusulas predispuestas como es el caso de autos.

Formula otras manifestaciones y sostiene que es indiscutible la aplicación al caso de las normas de la LDC por



lo que debe rechazarse el argumento defensivo de la quejosa, que además tampoco se hace cargo de los argumentos que este Cuerpo ha sostenido en varios precedentes ("Salazar c/ Sancor", "Garciaarena c/ Sancor", "Bascur c/ Sancor", por ejemplo), en los que ha intervenido la accionada como así tampoco los precedentes del TSJ en autos "Garciaarena c/ Sancor" (R.I.112/17) y "Buscarini c/ Sancor" (R.I. 113/17) en los que se le rechazó a la accionada el Recurso Extraordinario Federal por considerar entre otros motivos que el precedente "Buffoni" no resulta aplicable a los asuntos como el presente habida cuenta que no son casos análogos porque aquí se debate un seguro de vida cuyo cumplimiento demanda el beneficiario que pagó la prima, mientras que en el otro precedente se trata de un seguro de responsabilidad civil cuyo reclamo efectúa un tercero damnificado.

En punto al cómputo de los intereses, también pide se rechace el agravio teniéndose en consideración que la tomadora del seguro tomó conocimiento de la incapacidad de la actora el 29 de octubre de 2014 según surge de fojas 89 del Expediente administrativo 4469-110482/3 del ISSN.

De tal manera y con cita del precedente "Lefiche C/ Integrity Seguros", los intereses deben devengarse desde esa fecha, en la que la tomadora de seguro tomó efectivo conocimiento de la incapacidad total y permanente de la actora.

Con relación a las costas entiende que la modificación introducida al artículo 244 de la LCT por el artículo 8 de la ley 24.432, sostiene que esa ley no resulta aplicable en ámbito provincial, conforme lo resuelto por el TSJ en el precedente "Morales c/ Consejo Provincial de Educación" (R:I 91/2015) y los precedentes de este cuerpo en los autos "Vargas" RSD 160/2015, "Ortiz" (RSD 161/2015) entre



otros, por lo que el agravio no puede prosperar solicitando en definitiva se confirme el fallo apelado en todas sus partes.

III.- a.- Adentrándome al tratamiento de los agravios que sostienen el recurso- más específicamente el primero-, y por guardar idéntica relación con los que esta misma aseguradora sostuviera para fundamentar el recurso de apelación interpuesto en autos "GARCIARENA ANTONIO MARTINIANO C/ SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte. N. 27019 Año 2014) sentencia que por lo demás se encuentra firme y consentida por haberse rechazado el recurso de casación que el aquí quejoso interpusiera y que por lo tanto se supone de su conocimiento, he de remitirme al voto en ese precedente, en el que sostuve que *"En esta cuestión, este cuerpo y a través de las distintas integraciones de las Salas que lo componen ya ha tenido oportunidad de expedirse recientemente al respecto en los precedentes: "ALONSO ROSANA BEATRIZ C/ COMPAÑÍA ASEGURADORA NACIÓN SEGUROS SA S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD", (JCHCI Expte. Nro.: 15745, Año: 2011); "VAZQUEZ ANGELA C/ SEGUROS NACIÓN SA S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA", (JCHCI Expte. Nro.: 16963, Año: 2012); "CARRASCO CALDERÓN SERGIO C/ LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA", (Expte. JZA1S2, Nro.: 18030, Año: 2012); "Jerez Hugo Luis C/ Sancor Cooperativa de Seguros s/Cobro de Seguro de Vida" (Expte. Nº 20043/ 2013 entre otros).*

a) Entre los argumentos vertidos en estos precedentes, he expresado, con relación a la aplicación de la ley 17.418 al supuesto del seguro colectivo de vida que: *"...En el caso del seguro colectivo de vida obligatorio y adicional, considero que resultan ser consumidores las personas aseguradas o beneficiarias del mismo, teniendo en cuenta que conforme lo normado por la LDC son tales las personas físicas o jurídicas que adquieren o utilizan un servicio como*



destinatarios finales, en beneficio propio o de su grupo familiar (art. 1, primer párrafo de la Ley 24.240). A su vez, destaco que el art. 3 de la LDC dispone que "...las relaciones de consumo se rigen por el régimen establecido en esta ley y sus reglamentaciones sin perjuicio de que el proveedor, por la actividad que desarrolle, esté alcanzado asimismo por otra normativa específica...", en este caso sería la LS, y ello sin perjuicio de la discusión de si se trata de leyes generales o especiales".

"La Sala II de este Cuerpo ya se ha expedido al respecto en autos "Jerez Hugo Luis c/ Sancor Cooperativa de Seguros s/Cobro de Seguro de Vida", Expte. N° 20043/2013... En esas actuaciones, con cita de jurisprudencia del TSJ, voto del Dr. Massei en los autos caratulados: "MERINO ROSA HERMINIA C/ CAJA DE SEGUROS S. A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Acuerdo 8/2013) se expresó en lo que interesa: "...d) Siendo la Ley de Defensa del Consumidor, de orden público, no es válida la pretensión de fundar la prevalencia de una ley en su carácter de ley especial, en el caso la Ley de Seguros o de ley anterior".

"Además, al ser la Constitución Nacional la fuente principal, el derecho de los consumidores tiene carácter de ius fundamental. En consecuencia, el sistema de solución de conflictos normativos no está guiado por las pautas de las antinomias legales tradicionales. (Conf. Federico R. MOEYKENS, EN PICASSO- VÁSQUEZ FERREYRA Ley de Defensa del Consumidor, Comentada y Anotada, Editorial La Ley, T°II, pág. 545, Buenos Aires 2009).

En igual sentido Ricardo Luis Lorenzetti, al hacer un análisis comparativo de la Ley 24.240 con las leyes especiales, se inclina a favor de la aplicación de aquella, en virtud de poseer el carácter de norma iusfundamental (Conf.



aut. cit., Consumidores, Edit. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2009, págs. 44/45, 50, 136/137)".

"Con relación a lo antes expuesto, como quedó dicho, este Tribunal tiene postura tomada acerca de la plena aplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor en materia de seguro de vida colectivo (Acuerdo 46/10 "GÉLIZ" ya cit.)...Conforme a los términos del mencionado precedente, el alto Cuerpo provincial, tuvo en cuenta "el carácter de orden público y protectorio que insufla toda la Ley de Defensa del Consumidor: se debate un derecho social como lo es el seguro de vida colectivo, consagrado por el propio Estado para atender a la protección del ser humano. Por lo que sólo cabe concluir en el rechazo de interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas a través de esta herramienta de la Seguridad Social, buscan proteger"... "Se suma a ello, la protección constitucional que el Art. 42 de la C.N. otorga a los consumidores y usuarios de bienes y servicios, para corregir la desigualdad frente a los proveedores. Por ende, la Ley de Defensa del Consumidor tiene jerarquía superior respecto de otras leyes, en tanto desarrolla y hace efectivos los derechos que expresamente reconoce al consumidor la Carta Magna". (Del voto de la Dra. Barrese en el precedente JEREZ)..."

"Compartiendo los argumentos transcritos, así como la posición al respecto del TSJ en el precedente citado y en los autos CAMARGO y GELIZ citados por la a quo, la queja ha de rechazarse, confirmando lo decidido en la sentencia en crisis".

"b) Sentado lo anterior, cabe analizar los agravios en orden al rechazo de la defensa de exclusión de cobertura o riesgo no cubierto que alega el recurrente".



"El TSJ en el precedente "FERREYRA MARÍA SILVANA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (Acuerdo Nro. 38/2012) expresó: "...a partir de la sanción de la Ley 24.240 se cuenta con dos directrices específicas para interpretar los contratos por adhesión, como los que estamos analizando. En su Art. 37, la citada ley establece que la exégesis del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Este enunciado, en una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación, dispone imperativamente que la decisión debe favorecer la posición contractual del consumidor (cfr. Aut. cit., Derecho de seguros, Tomo I, Editorial Abeledo Perrot, Bs. As., 1998, pág. 609). Por otra parte, debe tenerse en cuenta el carácter de orden público que tiene la Ley de Defensa del Consumidor (Art. 65). Ella impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de las contrataciones en masa con cláusulas predispuestas. De ello surge que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su aludida función social. De aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional, con la consiguiente lesión a dicho ámbito normativo, más que su salvaguarda. Y esto se agrava aún más en el caso, porque el seguro colectivo se celebra entre el tomador y el asegurador. El asegurado, a pesar de su condición de destinatario final de la prestación a cargo del asegurador, no interviene ni influye en el contenido contractual, en sus condiciones particulares, ya que, dada la formación del contrato del seguro, jamás participa en la creación de las condiciones generales. Esta nota distintiva de los seguros bajo examen hace que el asegurado sea ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y,



por consecuencia, de las exclusiones de ella..." (Citado en el voto de la Dra. Barrese en JEREZ)".

"A mayor abundamiento y en orden a la exclusión de cobertura, de conformidad con la interpretación que se propicia, en los presentes se ha configurado el presupuesto fáctico que debe concurrir para que el beneficiario tenga derecho a las prestaciones previstas en un seguro de vida por incapacidad, y que es la incapacidad laborativa, que en los presentes, conforme llega firme, asciende al 87,47% de la T.O".

"En este aspecto, el TSJ local ha expresado claramente: "...las contingencias cubiertas son la muerte y la incapacidad total y permanente. Es entonces que, frente al reclamo indemnizatorio del asegurado corresponde verificar si alguna de aquéllas se ha producido, pues su ocurrencia genera el derecho a la indemnización en cabeza de la beneficiaria...Y en contra de lo que esos elementos arrojan, la Cámara de Apelaciones (de Neuquén, Sala III), concluyó en que la incapacidad de la Sra. Ferreyra no resulta indemnizable porque la patología psiquiátrica está excluida de la cobertura. Ello en razón del apego irrestricto a la literalidad de las cláusulas limitativas. Omitió, así, considerar que los seguros colectivos de vida tienen una finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria y que tienden a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual. Tampoco hizo mérito de su función social y, por ende, se apartó del principio por el cual, en caso de duda razonable, corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado, apartándose de la literalidad de los términos contractuales (cfr. Rubén STIGLITZ: Seguro colectivo de vida, La Ley online, RCyS 2006-107)...". (Acuerdo 38/12, "Ferreira, María Silvana c/ Caja de Seguros S.A. s/ cobro de seguro por



incapacidad", voto del Dr. Massei al que adhiriera el Dr. Moya, sentencia de fecha 21/12/12, reiterando argumentos ya vertidos en el precedente GELIZ)".

"He de agregar que, en forma conteste con las decisiones jurisprudenciales que ya habían sostenido esta postura, el contrato de consumo se encuentra hoy regulado en el CCyC de la Nación en la parte general a partir del art. 1.092. Es decir que se ha regulado este contrato en el ámbito del derecho común de los contratos (ahora civiles o comerciales), atendiendo a que no son un tipo especial más, sino una fragmentación del tipo general de contratos, que influye sobre los tipos especiales (conf. Lorenzetti, Ricardo Luis; Código Civil y Comercial de la Nación comentado, Tomo VI, págs. 228/229)".

"Así se expresa también que se incluyen en el Código principios que actúan como una protección mínima y en ese sentido "...b) Ninguna ley especial en aspectos similares pueda derogar esos mínimos sin afectar el sistema...esos mínimos actúan como un núcleo duro de tutela... d) En el campo de la interpretación, se establece un diálogo de fuentes de manera que el Código recupera una centralidad para iluminar a las demás fuentes. El intérprete de una ley especial recurrirá al Código para el lenguaje común de lo no regulado en la ley especial y, además, para determinar los pisos mínimos de tutela conforme con el principio de interpretación más favorable al consumidor...". (Op. cit., pág. 229/230)".

"A su vez, el art. 1.094 del CCyC de la Nación establece una norma de interpretación conforme el principio protectorio y establece que, en caso de duda, debe prevalecer la interpretación más favorable al consumidor para el supuesto de conflicto sobre regulaciones aplicables a cada supuesto;





igualmente el art. 1.095 en cuanto a la pauta de interpretación en el contrato de consumo".

"Con relación a las referencias del recurrente en torno a que el tomador, en este caso el PE, contrata un riesgo y que el PJ condena por un riesgo mayor, cabe señalar que en un Estado de Derecho debe existir independencia y control recíproco de los tres poderes, en el marco de los procedimientos legales correspondientes; además, se destaca que, conforme lo dispone el art. 989 del CCyC en relación a las cláusulas predispuestas (aplicable asimismo al contrato de consumo por remisión del art. 1117 del mismo cuerpo normativo, existan o no cláusulas predispuestas): "...La aprobación administrativa de las cláusulas generales no obsta a su control judicial...".

"c) Conforme lo considerado precedentemente, las cláusulas que desnaturalizan la obligación deben considerarse como no convenidas, atento lo dispuesto por el art. 37 de la LDC, y ello resulta suficiente para rechazar las impugnaciones del apelante en orden a estas especiales cláusulas limitativas de cobertura".

"Sin perjuicio de lo cual, y con relación a lo sostenido por el quejoso, en cuanto afirma que la actora fue debidamente informada del contenido de las condiciones de la póliza de seguro optativo, comparto con la a quo que, justamente, las constancias donde se consignan precisamente las condiciones que pretenden oponérsele al reclamo son las que carecen de firma (fs. 46/47); así como también que son manifestaciones efectuadas en formularios preimpresos predispuestos por la demandada y que, además, fueron firmados varios meses después del inicio de la vigencia del seguro, de todo lo cual no se hace cargo el recurrente".



*"Estas circunstancias impiden poder asumir que implican un conocimiento pleno de las restricciones impuestas al asegurado".*

*"De todas maneras, la situación queda comprendida en lo dispuesto por el art. 37 de la LDC, así como también se encuentra prevista por el art. 988 (cláusulas abusivas) del CCyC (contratos celebrados por adhesión a cláusulas generales predispuestas), en cuanto establece que se tendrán por no escritas las cláusulas que desnaturalizan las obligaciones del predisponente o las que importan renuncia o restricción de los derechos del adherente. Esta situación es la acreditada en el caso de autos, siendo que, como dije, la actora demostró padecer un 87,47% de incapacidad de la TO, lo cual hace procedente la cobertura de este seguro social, y pretender que no se encuentra cubierta esta incapacidad es precisamente desnaturalizar la obligación asumida (arts. 958, 960 y 961 del CCyC)".*

*"El art. 988 del CCyC, es una disposición abierta de carácter imperativo "que tiene por objeto o por efecto el control de legitimidad directo de los preceptos de autonomía que integran los contratos". (Lorenzetti, Ricardo Luis; Código Civil y Comercial de la Nación..., Tomo V, pág. 651)".*

*"A mayor abundamiento, el art. 1119 del CCyC dispone que se considera abusiva una cláusula que, habiendo sido o no negociada individualmente, tiene por objeto o por efecto provocar un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor.*

*"Se sostiene que: "...no hay modo de desnaturalizar las obligaciones o la relación obligacional que no sea*



*ampliando significativamente los derechos del predisponente o suprimiendo sus obligaciones o restringiendo los derechos del consumidor o ampliando sus obligaciones. En pocas palabras, provocando un desequilibrio contractual...” (Lorenzetti, Ricardo Luis; Código Civil y Comercial de la Nación..., Tomo V, pág. 651)...”.*

En consecuencia he de proponer al acuerdo se rechace el agravio y se confirme el fallo apelado en este sentido.

**III.b.** Con relación al segundo de los agravios, relativo a la particular visión de la quejosa en cuanto al cómputo de los intereses, adelanto desde ya que hallara por mi intermedio favorable acogida.

La apelante razona que como la actora no cumplimentó con el pedido de documentación complementaria contenido en la carta documento de fojas 44, no corresponde se computen intereses moratorios por cuanto, por el juego armónico de los artículos 49 y 51.2 de la LS, si bien el pago del crédito del asegurado en el caso de los años patrimoniales debe realizarse dentro de los 15 días de fijado el monto indemnizatorio o de aceptada la indemnización, ese plazo queda suspendido cuando la demora se deba a la omisión del asegurado, tal como lo establece el artículo 51.2 de la ley 17.418.

Y aquí resulta menester destacar un dato decisivo para este caso concreto y que está contenido en la norma del artículo 56 LS: el asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista en los párrafos 2º y 3º del artículo 46, por lo que el plazo que el apelante tenía para pronunciarse respecto del siniestro, vencido el cual se



presume la aceptación del mismo, nunca comenzó a correr dado que el asegurado no cumplimentó con la obligación de información que a su cargo impone el artículo 46.2. de la LS sin que la actora haya invocado los motivos por los cuales quebrantó la carga legal impuesta, que tampoco puede considerarse maliciosa en los términos del artículo 48 LS.

Desde esta perspectiva, lleva razón en mi opinión la recurrente en cuanto a que el cómputo de los intereses moratorios debe principiar a partir del 27 de octubre de 2016 (fs. 50), fecha de presentación de la contestación de demanda en la que la Aseguradora se pronunció en forma negativa respecto del de la actora toda vez que luce no ajustado a derecho imponerle intereses sin que se encuentre en mora en el cumplimiento de su obligación (artículo 622 Del Código Civil).

**III.c.-** En punto al tercer agravio adelanto que no tendrá por mi intermedio favorable acogida.

No se me escapa el contenido del pronunciamiento del TSJ en autos "Sucesores de Pino Hernández Salatíel Ramón c/ Roque Mocchiola SA s/ Daños y Perjuicios" (Expte nro. 36689/2008 Acuerdo nro. 32/2016) en el que analizando la Ley Provincial nro. 2933 dijo que "... en lo que aquí interesa, el artículo 4 dispone que los profesionales pueden pactar con sus clientes una participación en concepto de honorarios en el resultado económico del proceso, los que no pueden exceder el treinta por ciento (30%) del resultado económico obtenido, a excepción de los asuntos o procesos laborales. En estos casos, rigen los límites y formalidades establecidos en el artículo 277 de la Ley nacional 20.744, de Contrato de Trabajo, sin perjuicio del cobro que corresponda a la parte contraria, según sentencia o transacción [...]".



"Pues bien, con la sanción de la Ley provincial 2933 el legislador local receptó los límites y formalidades establecidos en el Art. 277 de la Ley 20.744 en asuntos o procesos laborales, y cuya aplicación a los presentes peticiona la quejosa (cfr. Acuerdos Nros. 10/2016 -REYES BARRIENTOS- y 23/16 -CARDELLINO- ya citado). En el caso, la pretensión del actor se emplaza en el ámbito laboral, pues se reclama por el accidente de trabajo sufrido por el señor PINO HERNÁNDEZ. Por consiguiente, encuadra como "asunto laboral" en los términos de la norma transcripta (ver en relación al punto la doctrina establecida mediante Acuerdo Nro. 68/2011 -MÉNDEZ-, del Registro de la Secretaría Civil)".

"Ante ello, es aplicable al caso la disposición contenida en el Art. 4° de la Ley 1.594 en cuanto prevé que en los asuntos o procesos laborales rigen los límites y formalidades establecidos en el Art. 277 de la Ley nacional 20.744, de Contrato de Trabajo, en virtud de la expresa recepción de la limitación por parte del Legislador neuquino".

Sin embargo, humildemente he de disentir con la solución propiciada por el Cíbero Tribunal, pues a partir del análisis de la reforma al artículo 4 de la ley 1594 (que establece que en el ámbito laboral el pacto de cuota Litis no puede exceder el 20% del resultado del pleito) indirectamente introduce el argumento referido a la responsabilidad por el pago de las costas ( 25%) que es una cosa distinta.

Ya tiene opinión esta sala al respecto, al decidirse con el voto de mi colega de sala al que adherí en el precedente ALMEIDA JORGE OMAR C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA", Expte. 33.608, Año 2016, Sentencia de fecha 26 de abril de 2018, Sala II) que:"...Se infiere de la jurisprudencia transcripta que las limitaciones que en materia de responsabilidad por costas dispone la



normativa emergente del art. 277 de la LCT y el art. 4 la ley arancelaria local, deberán ser invocadas, de así considerarlo pertinente el agraviado, en el trámite de ejecución de honorarios debidos por su parte a las profesionales de la contendiente y a los peritos intervinientes”.

“Será, igualmente, en dicho trámite, la oportunidad en la que los ejecutantes podrán debatir las limitaciones legales consignadas por la normativa invocada respecto a la percepción de sus créditos. Asimismo, eventualmente, podrán invocarse, debatirse con intervención de las partes en disputa y someterse a la consideración judicial en tal etapa, los perjuicios a las garantías constitucionales de la parte gananciosa -el trabajador-, para el supuesto de dirigirse la ejecución arancelaria en su contra razón por la que voto por el rechazo del agravio que se analiza”.

Votaré entonces proponiendo al Acuerdo se acoja parcialmente el recurso de apelación interpuesto y en consecuencia se revoque la sentencia de autos, disponiendo el curso de los intereses moratorios en ella dispuesta a partir del 27 de octubre de 2016. Las costas de esta instancia corresponde se impongan en un 25% a cargo de la actora y en un 75% a cargo de la demandada apelante atento la forma en que propongo se resuelvan los agravios (arts. 17 y 54 ley 921 y art. 71 del CPCC).

Asimismo, teniendo en cuenta la forma en que se resuelve el cómputo de los intereses, corresponde dejar sin efecto las regulaciones de honorarios establecidas en primera instancia, y remitir los actuados al origen, a fin de que una vez determinada la base regulatoria -previa liquidación- se fijen los emolumentos de los profesionales intervinientes en dicha etapa procesal, a fin de adecuarlos al resultado del nuevo pronunciamiento mediante un nuevo auto regulatorio



conforme a la Ley de Aranceles vigente, difiriéndose la regulación de honorarios de esta instancia para el momento procesal oportuno.

Mi voto.

La **Dra. Alejandra Barroso** dijo:

**I.-** Voy a adherir a los fundamentos y solución propiciada en el voto precedente.

**- COMPUTO DE INTERESES:**

Con respecto al comienzo del cómputo de intereses, adhiero a la solución que propicia mi colega, destacando que el presente caso difiere de la situación fáctica contemplada en el precedente "ALMEIDA", sentencia de esta Sala II de fecha 26 de abril de 2018.

En este caso, la actora ha solicitado se computen los intereses de conformidad con el criterio de la Sala I en el precedente "LEFICHE", manifestando que la tomadora tomó conocimiento de la incapacidad del actor el 16/10/14 (conf. fs. 22vta.).

Por su parte la demandada al contestar demanda solicita que los intereses corran desde la fecha de la sentencia denunciando el incumplimiento por parte del actor de la carga informativa requerida (conf. fs. 18/20 y fs. 68).

La sentencia fija el dies a quo a partir de la toma de conocimiento de la incapacidad por parte de la aseguradora, es decir desde el 8/10/14, sin fundar su decisión en el precedente "Lefiche".

En estos términos, a tenor de los agravios y de la situación fáctica del presente caso, adhiero al voto



precedente, agregando como fundamento lo resuelto por la Sala I, y que comparto, en un caso similar al presente: "...B. Adelanto mi discrepancia con la juzgadora de grado, en cuanto ha fijado que los intereses correspondientes al capital de condena deben computarse a partir del 30 de septiembre de 2014, por haber considerado que la aseguradora ha rechazado el siniestro, de acuerdo a los términos de la CD remitida a su contendiente, detallada en el párrafo anterior. Me explicaré."

"Conforme a lo que prevé la legislación aplicable al sub análisis, en los seguros de personas el pago del crédito debe efectuarse dentro de los quince días de notificado el siniestro o de acompañada -si procediere- la información complementaria (art. 49, párr. 2 de la ley 17418)."

"Debo poner de resalto, a esta altura de las consideraciones, que la obligación de suministrar prueba instrumental está contenida en el tercer párrafo del art. 46 de la LS (al que remite el art. 49 antes citado) siendo una carga legal. La potestad de tal requerimiento tiene como límite la razonabilidad de su suministro por el asegurado. (cfr. en este sentido, Adolfo Rouillón, Director, "Código de Comercio Comentado y Anotado", T II, Ed. La Ley, año 2005, pág. 75). De acuerdo a la doctrina que vengo siguiendo, si el asegurado no posee la documentación en su poder, cumple indicando quien la posee y los motivos o causas razonables por las cuales no puede cumplir con el requerimiento (cfr. aut., ob. y pág. Cit.)."

"Considero razonable, en este caso, el requerimiento que oportunamente formulara la aseguradora, toda vez que la instrumental solicitada a la actora resultaba necesaria para la determinación de la procedencia de la





cobertura asegurativa, de la extensión de la obligación del asegurador y de la liquidación del importe del seguro.”

“La accionante no ha cumplido, de manera alguna, con la carga legal impuesta por la normativa aplicable; no obstante, tal como lo ha resuelto la magistrada interviniente, dicha conducta omisiva no puede ser considerada maliciosa, en los términos previstos por el art. 46, segundo párrafo, de la LS.”

“Pero si bien la actora no ha obrado maliciosamente, a mi juicio, ha omitido cumplir con el deber de colaboración, ínsito en el principio de buena fe vigente en materia contractual. Es que, aun cuando resulten aplicables al seguro de vida colectivo los principios emergentes de la LDC, en el caso, no se vislumbra -en modo alguno- abuso de la situación jurídica derivada de la cautividad del consumidor. La carga legal que le impone al asegurado el art. 46, segundo párrafo de la LS, no genera costos excesivos, es razonable, en lo atinente al modo y forma de efectivizarse, se sustenta en la buena fe contractual y, también, en el principio de solidaridad que inspira el sistema de defensa del consumidor de base constitucional (art. 42 de la CN).”

“Resta señalar para cerrar este acápite, que la jurisprudencia de esta Sala citada por la accionante en su responde, deviene inaplicable al sub examine, por versar sobre un supuesto de daños derivados de la responsabilidad extracontractual”

“C. Ahora bien, el incumplimiento no malicioso de la carga de suministrar la prueba instrumental requerida al asegurado, no se halla sancionado legalmente con la pérdida del derecho a cobrar el seguro, tal como lo ha resuelto la a quo. De ello se deriva la siguiente consecuencia: el



incumplimiento en que incurriera el asegurado produciría, mientras subsista, la abstención del asegurador de pronunciarse sobre la aceptación o rechazo del siniestro, que según el art. 49 párrafo 2 de la LS, debe efectuarse dentro de los 15 días de recibida la información complementaria, por ser tal el pazo de vencimiento de la obligación del asegurador (cfr. ob. cit. pág. 26)."

"Entonces, mal puede concluirse que la abstención del asegurador importe el rechazo de la cobertura del siniestro, como lo ha resuelto la judicante de grado."

"En síntesis, asiste razón a la apelante en el cuestionamiento del "dies a quo" a partir del cual corresponde la procedencia de intereses; por ello, es que mi propuesta al Acuerdo es el acogimiento del agravio, y la consecuente procedencia de intereses, desde la fecha en que fuera notificada la demanda, esto es, el 09-12-2015..." (Voto de la Dra. Barrese en autos "DUMINAO GUILLERMINA C/ SMG LIFE SEGUROS DE VIDA S.A. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA" (Expte. N° 30.614, año 2015), Sala I, sentencia de fecha 24 de agosto de 2017, al que adhiriera el Dr. Furlotti, quien por su parte realizó la distinción en cuanto a la no aplicación de la doctrina sentada en "Lefiche", en tanto no resulta de autos la fecha en la cual la tomadora del seguro haya tenido conocimiento del grado de incapacidad de la actora).

En el presente caso entiendo que le asiste razón al quejoso, debiendo computarse los intereses desde la fecha de contestación de la demanda (27/10/16, fs. 70) en cuanto la misma revela el rechazo por parte de la demandada.

Mi voto.

Por los argumentos expuestos, constancias de autos, doctrina y jurisprudencia citadas, esta Sala II de la



Cámara Provincial de Apelaciones Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Familia, con competencia en la II, III, IV y V Circunscripciones Judiciales,

**RESUELVE:**

**I.-** Hacer lugar parcialmente el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada a fs. 177/190 de autos, y en consecuencia revocar parcialmente la sentencia obrante a fs. 158/171, ordenando el curso de los intereses moratorios en ella dispuesta a partir del 27 de octubre de 2016, de acuerdo a lo considerado.

**II.-** Las costas de alzada se imponen en un 25% a cargo de la actora y en un 75% a cargo de la demandada apelante, de acuerdo a lo expresado en los considerandos de la presente sentencia.

**III.-** Dejar sin efecto la regulación de honorarios dispuesta en el punto III del Fallo de la sentencia de primera instancia, correspondiendo remitir las actuaciones al origen a fin de que una vez establecida la base regulatoria, previa liquidación, se proceda a fijar los emolumentos profesionales conforme la ley de aranceles vigente.

**IV.-** Diferir para su oportunidad la regulación de honorarios profesionales de segunda instancia.

**V.-** Protocolícese digitalmente (TSJ Ac. 5416, pto. 18). Notifíquese electrónicamente, y oportunamente vuelvan las presentes al origen.

**Dra. Alejandra Barroso**

**Jueza de Cámara**

**Dr. Dardo Troncoso**

**Juez de Cámara**



Se deja constancia que la presente sentencia ha sido firmada digitalmente por los Dres. Alejandra Barroso y Dardo Troncoso, como así también por la suscripta, y conforme surge del margen superior izquierdo de fs.            y constancia del sistema informático Dextra. Asimismo se protocolizó conforme a lo ordenado. Conste.