



NEUQUEN, 7 de junio de 2018

Y VISTOS:

En acuerdo estos autos caratulados: **"CRLJENKO JOSE OMAR NATALIO C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD"**, (JNQCII EXP N° 348276/2007), venidos en apelación a esta **Sala III** integrada por los Dres. Marcelo Juan **MEDORI** y Fernando Marcelo **GHISINI**, con la presencia de la Secretaria actuante Dra. Audelina **TORREZ** y, de acuerdo al orden de votación sorteado, **el Dr. Medori, dijo:**

I.- Que a fs. 695/700 la parte demandada interpone recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia dictada el 29 de diciembre de 2016 -fs. 658/662 vta-; solicita se revoque la misma, con costas.

Manifiesta que la sentencia de primera instancia hizo lugar al pago del seguro adicional por incapacidad absoluta peticionado por el actor desinterpretando la póliza de Seguros que es ley para las partes, y desconociendo los precedentes de la CSJN en autos "Buffoni" y "Flores".

Sostiene que no se controvierte que el actor padece una incapacidad del 68% de carácter total y permanente, subsumible en el art. 2 de la cláusula 87, más el juez de grado omitió merituar que el mayor porcentaje de la minusvalía que posee el actor remite a enfermedades de tipo psicológico y psiquiátrico, que se encuentran taxativamente excluidas de la póliza en cuestión.

Funda su postura en jurisprudencia y solicita se haga lugar al recurso, con costas al actor.

II. Conferido el traslado de ley, el mismo es contestado por la parte actora a fs. 702/711; pide su rechazo, con costas.

Sostiene que de las pruebas rendidas en la causa de las que se desprende que le fue otorgada la jubilación por invalidez por el ISSN y que a su vez dicha incapacidad surge de las pericias médicas y psicológicas que concluyeron en su



carácter absoluto y permanente a su parte; expresa que esta circunstancia por sí sola es la que genera el derecho a la indemnización en cabeza del beneficiario tal como lo sostuvo la sentencia de primera instancia; cita el caso "Geliz" del TSJ y expone que la cláusula limitativa de responsabilidad esgrimida como defensa por la aseguradora lo único que hace es violar la buena fe de sus asegurados, máxime cuando su mandante no tenía conocimiento de su contenido; sobre este último aspecto manifiesta también que no se le entregó a su parte copia de la póliza tal como lo dispone la Superintendencia de Seguros de la Nación en resolución que cita; hace mención a la importancia del derecho a la información que posee la Ley del Consumidor; cita doctrina y jurisprudencia que avala su postura y el rechazo del recurso interpuesto por la demandada.

III.- Ingresando en el análisis de la queja esgrimida por la demandada, cabe expresar que, tal como ha planteado la misma, se encuentra sin discusión la incapacidad física total permanente e irreversible que padece el actor, motivo por el cual los temas motivos de decisión de esta Alzada no son fácticos sino estrictamente jurídicos.

Por cuestiones de orden, procede abordar como cuestión previa el agravio sustentado en que la juez de grado omitió aplicar la doctrina sentada por la CSJN en autos **"Buffoni, Osvaldo Omar vs. Castro, Ramiro Martín s/ Daños y Perjuicios"** y en el precedente **"Flores Lorena Romina c/ Giménez Marcelino Osvaldo y otro s/ daños y perjuicios (acc tránsito c/ lesiones o muerte)** 6-6-2017, que dan razón a la defensa articulada por su parte, anticipando desde ya la conclusión de que resultan inaplicables al caso porque aquellos refieren a una cuestión de exclusión de cobertura del seguro respecto de un tercero no contratante víctima de un accidente de tránsito.



Y es que "[...] **para que resulte aplicable en forma directa la doctrina legal, debe tratarse de casos de una marcada similitud [...]**" (conf TSJ NQN ACUERDO NRO. 14/2016 causa "VÁZQUEZ, BALBINO T. CONTRA C.N.A. A.R.T. S/ ACCIDENTE DE TRABAJO CON ART" (Expte. Nro. 132 - Año 2014)).

Y es indudable que los casos son distintos, atento a que la pretensión y el crédito del actor se deriva de un contrato de seguro de vida adicional, que tiene su génesis en una relación laboral cuya naturaleza es eminentemente social y donde media una relación de consumo, a diferencia del seguro privado, que es la materia sobre la que se ha expedido la Corte Nacional en los precedentes citados.

Es que la diferencia entre seguros sociales y seguros privados es clara.

"...El seguro de vida colectivo participa de la naturaleza de los seguros sociales, cuya diferencia fundamental en relación a los seguros sociales está dada en que los primeros no persiguen primordialmente fines de lucro, sino la satisfacción inmediata de un interés público; protegiendo de las contingencias propias de la existencia humana y la prestación del asegurador se mide en capitales previamente establecidos que se pagan al beneficiario cuando ocurre el siniestro, en tanto, que en otros impera, siempre primordialmente la intención de lucrar con la cobertura de riesgo con una expectativa de ganancia por el "quantum" de la prima, teniendo en cuenta el valor "interés asegurable" objeto de la contratación (seguro de incendio; de robo; etc) y sólo en forma inmediata satisfacen el interés público" (conf. Isaac Halperin en su obra "Seguros" Depalma pág. 53 y ss).

Se añade a lo expuesto, y que de por sí despeja toda duda respecto de la aplicación de los precedentes de la Corte a este tipo de casos, que esta Sala III se ha expedido recientemente en un caso de seguro de vida colectivo y adicional, señalando que **"En estos casos, esta ley de orden**



público constitucional -refiriéndonos a la L de Consumo-, lejos de invalidar una ley especial, solo la complementa ampliando las fronteras de su naturaleza jurídica, cual es, dar operatividad al carácter social del seguro de vida (obligatorio o adicional)", y se consideró que "...será procedente la aplicación de la Ley de Consumo por sobre las disposiciones de la Ley de Seguros, siempre que en el caso concreto exista relación de consumo y sus cláusulas no invaliden el régimen específico de que se trate, sino que lo complementen y amplíen". (conf. "QUEZADA LILIANA DEL VALLE CONTRA CAJA DE SEGUROS S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" - Expte. N° 443250/2011).

Lo expuesto amerita el rechazo del primer agravio examinado.

IV.- El segundo agravio la accionada cuestiona que la sentencia haya enmarcado el caso en la cláusula 87, referida a la incapacidad física total permanente irreversible, sin tener en cuenta otra cláusula de la póliza que prevé la exclusión de la cobertura en caso de enfermedades psiquiátricas, tal como la que padece el actor.

Ahora bien, las constancias de la causa dan cuenta que con fecha 16-8-06 por Disposición N° 1046/2006 se acuerda al actor el beneficio de jubilación por invalidez, surgiendo de la Junta Médica previa al acto administrativo referenciado, que a dicha fecha poseía 43 años de edad y que la incapacidad la adquirió laborando como docente-preceptor dependiente del Consejo Provincial de Educación (fs. 5).

Que la aseguradora sólo abona el seguro de vida obligatorio, y rechaza el pago del adicional por discrepar con el referido dictamen de sede administrativa y consecuente Disposición 1046/2006; tal incumplimiento es el que da lugar a la tramitación del presente juicio.

Así las cosas, y luego de la producción de pericias en esta sede judicial, se concluye que el demandante



posee una incapacidad invalidante, encontrándose las partes actora y demandada contestes sobre este tópico al llegar a esta Alzada.

Que el agravio de la aseguradora se centra en criticar el razonamiento de la sentencia de grado cuando expresa:

"de los legajos de siniestros adjuntados y agregados por cuerda se desprende que las afecciones diagnosticadas son especialmente la afección auditiva, las derivadas de dicha patología, y la afección de índole psicológica psiquiátrica, consignándose allí un porcentaje del 68% [...]Las pericias valoradas en conjunto constituyen un medio de confirmación de las afecciones que sufre el actor y de convicción respecto del porcentaje y alcance que aquellas acciones físicas y psicológicas tienen en incapacidad total que detenta el señor Crljenko que cumple con el 66% determinado en la póliza..." y *"Para la resolución del presente caso habré de estarme a las constancias de las pólizas pero sin aplicarle la exclusión de las afecciones psiquiátricas acordadas entre la demandada y la tomadora del seguro".* (Cfr cita textual sentencia de fs. 658/662 vta).

Luego, los mismos términos del pronunciamiento evidencian que no le asiste razón a la recurrente porque de aquel resulta que tuvo en cuenta la cláusula de exclusión; es más, razona y analiza los hechos y el derecho a la luz de la doctrina del caso "Geliz" -que cita y transcribe- es decir, atendiendo a la naturaleza tuitiva de este tipo de seguros, para concluir que la colisión normativa entre cláusulas, una general (que requiere de incapacidad absoluta y permanente) y la otra limitativa (que excluye las licencias psicológicas), debe definirse en favor del trabajador asegurado.

1.- En el sentido expuesto, resulta ilustrativa para la dilucidación de este caso, la explicación dada por la Dra. Kemelmajer de Carlucci respecto de las cláusulas



generales y las limitativas de los contratos de seguros y el criterio de interpretación que debe guiar a los jueces, cual es, el de la **razonabilidad** de su aplicación al caso concreto.

Dijo en referencia al tema: **"...El contrato de seguro debe mencionar el riesgo asegurado. Normalmente, una cláusula prevé el riesgo genérico a cubrir (por ej. incendio) y luego se señalan diversas hipótesis que van acotando el ámbito dentro del cual regirá la cobertura otorgada (por ej. se excluyen incendios producidos por actos de terrorismo). O sea, normalmente, la individualización del riesgo se hace con indicaciones positivas y luego, indicaciones negativas ayudan a la individualización. La determinación, entonces, implica dos fases: La individualización del riesgo, consistente en la indicación de la naturaleza del hecho de cuyas consecuencias se busca amparo (incendio, robo, granizo, muerte, etcétera). La delimitación del riesgo resulta de la fijación de límites concretos a ese riesgo. [...]. En otros términos, la delimitación del riesgo consiste en excluir o restringir los deberes del asegurador por la no asunción de alguno o algunos riesgos; implica un no seguro, ausencia de tutela o garantía, la existencia de daños no asumidos"** (cfr. Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Mendoza, Sala I Civ. y Com., de fecha 21/dic/95 en autos "Triunfo Coop. de Seguros Ltda. c. Intraguglielmo, Víctor", publicado en LA LEY 1996-D-182; DJ 1996-1-872).

Y agrega: **"Pero estas cláusulas, como sucede en el ámbito de toda negociación, deben ser razonables y responder a necesidades técnicas del seguro. No se deben erigir en supuestos formales, en preceptos rituales, vacíos de contenido razonable"**. (este criterio ha sido adoptado por esta Sala III en la causa "SEPULVEDA ANA CRISTINA CONTRA CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO SEGURO POR INCAPACIDAD", (EXP N° 338994/6), 18-10-2008).



Luego, la **razonabilidad** en la interpretación de estas cláusulas es el criterio que debe guiar al juez en la decisión del caso concreto.

Y en este orden de ideas el criterio adoptado por la jueza de grado, en cuanto tiene en cuenta el porcentaje de incapacidad total permanente e irreversible del trabajador para hacerlo acreedor del seguro colectivo adicional, sin descontar del porcentaje de incapacidad la patología psiquiátrica, aparece **razonable** si se tiene en cuenta que el ser humano es único, y funciona como un organismo total, como una realidad sustantiva con notas constitutivas psico-orgánicas, no divisibles, atributos propios y esenciales de la persona humana. Ello sobre todo si se tiene en consideración que su humanidad no puede ser fragmentada, tal como lo pretende la recurrente, que considera por un lado la parte orgánica y por otro la parte psíquica.

En el mismo sentido, esta Sala III ha sostenido **"...que la cuestionable exclusión de las incapacidades generadas por patologías psiquiátricas o psicológicas contempladas en la Cláusula 87 art. 6º del contrato... no comprende a situaciones en que el componente psicológico o psiquiátrico se corresponde con una base orgánica, como consecuencia de la integridad psicofísica inescindible que conforma al ser humano"** (cfr. Sala III, 28/11 "Rutia Beatriz Nancy c/ Caja de Seguros S.A. s/ cobro de seguro por incapacidad" expte 343889-2006- "CATALAN C/ LA CAJA S/ SEGURO"- 394.247/9 de fecha 17.9.13 y "GOMENZORO C/ CAJA S/ SEGURO" 369.429/8, de fecha 27.4.11).

Es que **"la cuestión debe ser necesariamente abordada -a efectos de evitar caer en la irrealidad y de prevenir la injusticia- desde un enfoque jurídico sociológico. Máxime si se verifica que el reclamante obtuvo una jubilación por invalidez, puesto que a partir de tal perspectiva sólo cabe considerar que una persona jubilada por tal motivo, y por**



causa del mismo "hubo de dejar el trabajo", jamás aprobaría un examen preocupacional. De modo que, más allá de su remanente capacidad física y psíquica, de hecho está impedido de ejercer actividades lucrativas en relación de dependencia, razón por la que está impedido de realizar "cualquier actividad remunerativa", lo que indica que su situación se subsume en la referida cláusula contractual". (conf. Fallo 163/08 Sala I Cámara Civil de NQN "Gutiérrez Laura c/ Caja de Seguros S.A. s/ cobro de seguros por incapacidad" del voto del Dr. García).

En casos como el presente además de la interpretación razonable de las cláusulas de la póliza propuesta precedentemente se suma el "pro homine" y de la interpretación más favorable al asegurado en caso de contratos de adhesión, tal como emerge de la Ley 24 240 y que aplica la magistrada de grado al citar el fallo "Geliz", donde con claridad se expresó: **"...debe tenerse presente que la Ley 17.418 no contiene directivas de interpretación. ... Sin embargo, a partir de la sanción de la Ley 24.240 se cuenta con dos directivas específicas de la interpretación de los contratos por adhesión, como los que estamos analizando. En su Art. 37, la citada ley establece que la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Esta directiva, en una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación, dispone imperativamente que la decisión debe favorecer la posición contractual del asegurado..."** (del precedente "Geliz").

Es por ello que **"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- citado en "Geliz"-).

Desde esta perspectiva también se habrá de rechazar el agravio de la demandada y confirmarse la sentencia en crisis al resultar que en ella se ha concretado



interpretación razonable de las cláusulas contractuales, sustentada en las constancias de la causa y teniendo en cuenta las pautas interpretativas que emergen doctrina y jurisprudencia aplicable al caso.

2.- Abreva aún más en la decisión que se está proponiendo, el hecho denunciado por el actor por el que **nunca tomó conocimiento del contrato de seguro** y sus condiciones, ni que se entregara copia alguna de las pólizas.

Al respecto en merito a la brevedad se dan por reproducidas las consideraciones efectuadas en la causa **"BELLO DANIEL C/ SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. S/ COBRO DE SEGURO - LEY 24240-"** (Expte. N° 506906/2015 - Sent. 21.02.2017), que coinciden con las efectuadas por nuestro Tribunal Superior Provincial en forma reciente en la causa **"ACEVEDO, FERMINA NORMA CONTRA CAJA DE SEGUROS S.A. SOBRE COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD"** (Expte. Nro. 113 - año 2014) (Acuerdo n° 1 del 7-7-2017 Sala Civil):

"Por otra parte, es determinante que 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".

"Por esto, como en ningún otro riesgo es indispensable que, como mínimo conozca el contenido del contrato y todas las modificaciones que se le introduzcan a través de una información clara y precisa".

"El derecho a la información consagrado en el Art. 42 de la Constitución Nacional fue elevado al carácter de principio general del Derecho del Consumidor y, como tal, incide en la interpretación legal y permite cuestionar normas y decisiones que lo afecten".

"El deber de información, que es su contracara, está estrechamente vinculado con la confianza y la



transparencia que debe existir en estas relaciones (Ibíd.). En este sentido, cobra fundamental importancia la buena fe, pues el asegurado o el beneficiario es un profano que desconoce gran parte de las cuestiones técnicas de los seguros. Por ello, las aseguradoras deben cumplir con una detallada explicación de la cobertura contratada".

Y agrega el máximo Tribunal provincial, que la carga de informar pesaba sobre la demandada, tal como sucede en el caso de autos:

"Esta carga pesaba sobre ella, habida cuenta que el Art. 25.3.1 de la Resolución N° 33.463 dictada por la Superintendencia de Seguros-sustitutiva de otras resoluciones anteriores- le impone a la aseguradora, en los casos de pólizas colectivas, el deber de entregar a cada asegurado un certificado de incorporación..."

"La información constituye un imperativo de buena fe, y por eso fundamental en todas las etapas de la negociación, desde los preliminares hasta la extinción del contrato. De allí que resulta inoponible a la accionante la restricción de la cobertura inserta en la póliza emitida por la aseguradora y de la cual no fue oportuna y debidamente anoticiada".

"No existen dudas de que la información debe brindarse en forma completa, cierta, objetiva, adecuada y gratuita al consumidor. En tanto que el consumidor de seguros se encuentre perfectamente informado sobre sus deberes, cargas, obligaciones, derechos y facultades o sobre los efectos del contrato; lejos de causar problemas en el seguro otorga claridad en el negocio; en la contratación, evita abusos y disminuye la litigiosidad". (cita textual Acuerdo 1/17 "Acevedo").

V.- En definitiva, considerando que de la conclusión a la que arriba la juez de grado resulta una justa comprensión de la aplicación de la Ley de Consumo al contrato



de seguro de vida adicional, y a la interpretación de sus cláusulas teniendo en cuenta el principio de buena fe, el deber de información, y la finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de este tipo de seguros, procede su confirmación en todo lo que ha sido motivo de recursos y agravios de la demandada, que son rechazados.

VI.- Las costas en la Alzada se impondrán a la accionada perdedora (art. 68 del Código Procesal), procediéndose a regular los honorarios de los profesionales intervinientes en esta instancia en el 30% de lo establecido en el pronunciamiento de grado a los que actuaron en igual carácter (art. 15 LA).

Tal mi voto.

El Dr. Ghisini, dijo:

Por compartir la línea argumental y solución propiciada en el voto que antecede, adhiero al mismo.

Por ello, esta **Sala III**

RESUELVE:

1.- Confirmar la sentencia dictada a fs. 658/662 vta. en todo lo que ha sido motivo de recursos y agravios.

2.- Imponer las costas de Alzada a la demandada vencida (art. 17 L 921).

3.- Regular los honorarios de los letrados intervinientes en esta Alzada en el 30% de lo establecido en el pronunciamiento de grado a los que actuaron en igual carácter (art. 15 LA).

4.- Regístrese, notifíquese electrónicamente, y, oportunamente, vuelvan los autos a origen.

Dr. Fernando Marcelo Ghisini - Dr. Marcelo Juan Medori
Dra. Audelina Torrez - SECRETARIA