



ACUERDO: En la Ciudad de Zapala, Provincia del Neuquén, a tres -3- del mes de Octubre del año 2019, 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 Gabriela Belma Calaccio y Dardo Walter Troncoso, con la intervención de la secretaria Dra. María Gabriela Juárez, para dictar sentencia en estos autos caratulados: **"GUTIERREZ JUAN FLORENTINO C/ NACIÓN SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO DE VIDA"**, Expte. N. 40406/2018, del Registro del Juzgado de Primera Instancia Civil, Comercial, Laboral, de Minería y Juicios Ejecutivos de Zapala, en trámite ante la Oficina de Atención al Público y Gestión de Zapala.

De acuerdo al orden de votos sorteado, la **Dra. Gabriela B. Calaccio** dijo:

I.- Vienen estos autos en apelación en orden al recurso interpuesto por la demandada contra la sentencia dictada en fecha 5 de agosto del 2019 y obrante a fs. 285/297 y vta., que admite la demanda entablada y condena a la aseguradora demandada a abonar al actor, en los plazos y con los intereses allí calculados el importe de \$300.308,80. Impone costas y regula honorarios.

II.- Para decidir en el sentido indicado, la magistrada encuadra la cuestión en análisis dentro del marco de la Ley de Defensa al Consumidor, y con jurisprudencia a la cual me remito en honor a la brevedad y dentro del tal normativa, considera inoponible las cláusulas limitativas del riesgo, en este tipo de seguros de tinte social, entendiéndose además, que la beneficiaria del seguro, que porta una



incapacidad total y absoluta superior al 66%, no fue informada debidamente de las condiciones del seguro.

III.- Contra la decisión prietamente analizada se alza la demandada interponiendo recurso de apelación a fs. 302, y expresando agravios a fs. 303/310, que bilateralizados obran contestados a fs. 315/319 y vta., en los términos que surgen de tal pieza procesal.

IV.- Agravios de la demandada:

Centra su crítica en cinco agravios.

a.-) Primer agravio: en primer lugar cuestiona el marco normativo fijado por la jueza, considerando que pretender aplicar una norma de carácter general resulta inconstitucional, con remisión a los artículos 5 y 3 del CCC, y 984 y 986 del mismo cuerpo legal.

Sostiene que en materia de seguros de vida colectivo, que es optativo para el beneficiario, con lo cual decide si contrata o no, las condiciones se negocian entre la Aseguradora y el tomador, siendo obligación de este último la responsabilidad de notificar los términos de la contratación.

Refiere que las cláusulas limitativas del riesgo no son abusivas sino que establecen el marco regulatorio al cual las partes se sujetan.

Tilda de mala fe la conducta asumida por la beneficiaria, quien no aportó documentación de su patología y pretendió acreditar la aceptación tácita de esa parte.

b.- Segundo agravio: en segundo lugar se queja en tanto, considera que la cláusula taxativa incluida en la



póliza no resulta abusiva ni contraria a los derechos del consumidor.

Refiere que las condiciones son pactadas entre los contratantes y en base a ello se determina la prima, considerando que si la actora hubiera padecido alguna patología se hubiere indemnizado, preguntándose por qué no solicitó ni obtuvo la jubilación por invalidez, pretendiendo la sentencia suplir omisiones del accionante.

Arguye que las cláusulas cuestionadas otorgan cobertura a aquellas patologías que por su gravedad impiden continuar trabajando, pero no a las que se presentan como consecuencia del paso de la edad, que son progresivas y se dan en la totalidad de la población, tales como las padecidas por el actor, quien a la fecha de la demanda continuaba laborando. Cita jurisprudencia a la cual me remito en honor a la brevedad.

Se agravia en tanto de ninguna de las cláusulas se deriva conducta de la aseguradora que habilite la sanción de nulidad, ni se han objetado por abusivas, al orden público, a la moral o a las buenas costumbres, derivándose que puedan desconocerse, morigerarse o anularse, no refiriendo el actor cuál es el perjuicio que le generan las mismas.

c.- Tercer y cuarto agravio: cuestiona tanto la imposición de costas como la aplicación de intereses desde la fecha indicada.

En ese sentido considera que no habiendo acreditado la actora la conformidad tácita que pregonara y



que recién con la demanda abonó sus afecciones, solicita se revoque la imposición en costas.

En orden a los intereses, afirma que recién con la sentencia se establece la eventual procedencia del reclamo, siendo ésta la fecha de la mora, ya que el siniestro fue correctamente rechazado por las razones expresadas.

d.- Quinto agravio: controvierte el monto de condena porque no surge de ninguna documentación que lo justifique citando la póliza en orden al vocablo sueldo y cómo quedaría conformada la indemnización, siendo necesario establecerlo porque en base a ello la aseguradora percibe las primas, quedando limitada su responsabilidad a las recibidas. Por ello reclama que en caso de no revocarse la sentencia el monto de la indemnización debe limitarse al importe que surja de los salarios del actor a la época del siniestro. Reserva el caso federal.

v.- Análisis de los agravios- Admisibilidad del recurso.

a.- Que corresponde seguidamente ingresar en el análisis del escrito de expresión de agravios a fin de evaluar si aquellos transitan el test de admisibilidad prescripto por el art. 265 del CPCC. En ese sentido y ponderado que fuera con criterio amplio, y favorable a la apertura del recurso, conforme precedentes de esta Sala, para armonizar adecuadamente las exigencias legales y la garantía de la defensa en juicio entiendo que la queja traída cumple con aquellos. Que como lo he sostenido en numerosos precedentes de esta Sala, los jueces no estamos obligados a



seguir puntillosamente todas las alegaciones de las partes, sino las que guarden estrecha relación con la cuestión discutida, ni ponderar todas las medidas de prueba sino aquellas que sean conducentes y tengan relevancia para decidir la cuestión sometida a juzgamiento, en este sentido: "No es necesario que se ponderen todas las cuestiones propuestas por el recurrente, sino sólo aquellas que se estimen decisivas para la solución del litigio". (cfr. "Dos Arroyos SCA vs Dirección Nacional de Vialidad (DNV) s Revocación y nulidad de resoluciones"; Corte Suprema de Justicia de la Nación; 08-08-1989; Base de Datos de Jurisprudencia de la CSJN; RCJ 102597/09).

b.- En aquella dirección y conforme el marco fáctico de este proceso, la actora reclama el pago del seguro adicional de vida colectivo, ante la incapacidad total y permanente que porta enmarcando el proceso dentro de la normativa consumeril. A su turno la demanda rechaza la pretensión en orden a considerar que no sólo no acreditó oportunamente las patologías invocadas, sino las cláusulas del seguro no aparecen como riesgos cubiertos.

c.- Dicho lo anterior, y conforme el marco del proceso, adelanto que comparto las apreciaciones de la magistrada en orden al encuadre normativo, conforme lo he sostenido en forma reiterada en autos: "De la Vega, Rosenia"; "Vázquez Ángela" y "Alonso Rosana", todos contra Nación Seguros, de esta Oficina de Atención al Público y Gestión.

En efecto ninguna duda cabe que el contrato de seguro constituye "...Un contrato de consumo, cuando se celebra a título oneroso, entre un consumidor final y una persona jurídica, que actuando profesionalmente, se obliga mediante



el pago de una prima, a prestar un servicio cual es la asunción del riesgo previsto en la cobertura asegurativa: el resarcimiento del daño o el cumplimiento de la prestación convenida... el contrato de seguro constituye un típico contrato por adhesión, ya que su contenido (póliza) es predispuesto en forma anticipada y unilateralmente por el asegurado, mediante unas condiciones generales uniformes, aplicables a todos los contratos que celebre en el ramo; mientras el asegurado sólo puede decidir entre adherir en bloque a las condiciones generales de la póliza o no contratar, no participando de una etapa previa de tratativas con relación a ellas; en consecuencia tratándose el seguro de un contrato por adhesión a condiciones generales, su contenido se halla igualmente disciplinado por la Ley de Defensa al Consumidor". (cfr. Cita online MJ-JU-M-72398-AR/MJJ72398/MJJ72398), por ello considero que la normativa consumerista no sólo es aplicable a los seguros, sino a toda norma que desproteja a los consumidores.

En ese sentido dije en los antecedentes referenciados que "...En lo que hace a la aplicabilidad al caso de la Ley de Defensa al Consumidor N° 24.240, es sabido que dicha normativa rige toda relación de consumo, sin establecer distinciones ni restricciones respecto de la naturaleza de los servicios contratados entre proveedores y consumidores (arts. 1, 2, 3 y cccts. LDC; Giudici Juan Pedro "Hacia la aplicación de las previsiones de la ley de defensa al consumidor al contrato de seguro", LL online AR/DOC/3752/2013).

"En aquella directriz mucho se ha escrito, siendo en este punto relevante la jurisprudencia sentada por



nuestro Tribunal Superior de Justicia en autos "Géliz Ana María", acuerdo Nro. 46, citado por el Magistrado de la Instancia y en párrafo anterior, en donde el Ministro preopinante Dr. Massei, luego de analizar pormenorizadamente la naturaleza de este tipo de seguros, concluye acerca de la plena aplicabilidad de la Ley de Defensa al Consumidor en esta materia dado "su carácter de orden público y protectorio". En este sentido dijo "...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 ...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 de una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación, dispone imperativamente que la decisión debe favorecer la posición contractual del consumidor... Cabe señalar que estas pautas son coadyuvantes del principio protectorio, por cuanto están orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados... por lo que sólo cabe concluir en el rechazo de las interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas, a través de esta herramienta de seguridad social, buscan proteger...".

"...Es desacertada cualquier interpretación que condicione o supedite la aplicación de la Ley 24.240 al hecho de que una ley especial- como la Ley de Seguros- prevea mecanismos de protección para el consumidor... La Ley 24.240 desde el enfoque imperativo de un plexo de orden público, se articula como bisagra en las relaciones de consumo, avanzando sobre el Derecho Público, por cuanto no parte de la igualdad



y libertad de las personas involucradas, sino que trata de lograr esa igualdad o posibilitar una mayor libertad. Como surge del art. 42 de la Constitución Nacional, el consumidor y/o usuario es protegido en sus derechos patrimoniales y la Ley 24.240 asume ese enfoque y le reconoce una serie de acciones que aquél puede ejercitar a fin de mantener incólumes sus derechos frente al proveedor. La normativa consumerista contiene un esquema de responsabilidad civil propio que prevalece sobre el previsto en el derecho común, aunque no excluye su aplicación y en diversos aspectos se complementan con él. "...El hecho de que la Ley 17418 contenga normas ya destinadas a proteger al asegurado, de ningún modo puede servir de sustento para concluir que las disposiciones de la LDC devienen supletorias sino que, y en aplicación de lo dispuesto en el citado art. 3 hay que concluir que, simplemente el catálogo de soluciones protectorias se ha ampliado, integrándose ambos ordenamientos del modo en que lo ordena la referida norma...". (Cfr. "Racca, Daniel Orlando vs. Nación Seguros SA s/ Daños y perjuicios", 11/08/2014, CACyCom Sala II, Mar del Plata, Rubinzal online RC J 7025/14, autos "De la Vega Rosania c/ Nación Seguros s/ cobro de seguro por incapacidad", Expte. 18002/2013).

En ese esquema normativo y jurisprudencial, resulta contrario a la lógica y sentido común, la referencia en torno a la facultad de la beneficiaria de decidir libremente sobre la contratación, en tanto y, como quedó dicho estamos frente a contratos de adhesión, donde la libertad contractual se halla condicionada, por tratarse de cláusulas predispuestas, siendo deber de la aseguradora informar detalladamente sobre el contenido de las cláusulas conforme lo indica el art. 4° de la LDC, situación no



acontecida y reconocida incluso por la misma requirente, cuando pone en cabeza de la tomadora tal responsabilidad, "...El proveedor tiene el monopolio de la información ya que es quien "crea" el bien o servicio a ser ofrecido, además de establecer las condiciones de comercialización. En virtud de ello, para posibilitar que el consumidor pueda tomar su decisión de manera absolutamente consciente, debe éste contar con toda la información necesaria, la que debe ser brindada de manera completa, asequible y gratuita. Se establece un piso mínimo de información que será reforzado por las normas aplicables a cada actividad en concreto...". (Código Civil y Comercial comentado ya citado, pág. 254).

En el precedente citado, dije igualmente "...Ello significa, como lo expresara el Dr. Stiglitz en relación al trabajador beneficiario: "...Es ajeno a la discusión sobre el alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por consiguiente, de las exclusiones de cobertura y causales de extinción como ser la rescisión. En consecuencia el asegurado ignora lisa y llanamente el contenido del instrumento contractual, hasta tanto no le sea informado o transmitido, una síntesis sustancial del mismo y sus modificaciones... De ello se desprende, que para que al beneficiario le sean oponibles las cláusulas pactadas entre el asegurador y tomador, el mismo debe estar anoticiado y haberlas aceptado, máxime tratándose en el caso de un seguro voluntario, conforme el cual si el beneficiario no hubiera estado de acuerdo con algo hubiera desistido del mismo...". (Fallo citado precedentemente).

Resulta cuanto menos extraño que conociendo adecuadamente el beneficiario del seguro, las condiciones



contractuales y particularmente las limitaciones que surgen del seguro de vida adicional, agregado a fs. 50/82, y, particularmente el carácter restrictivo del artículo 4° "alcance de la cobertura", admitiera sumarse al grupo de "beneficiarios" del mismo, máxime teniendo en cuenta el carácter alimentario del mismo y su fin eminentemente social.

Tampoco aparece acertado la referencia que vuelca en el segundo agravio, referido a las patologías que sufre el actor, que a criterio de la recurrente son "...propias del avance de la edad, que habitualmente son progresivas y que se dan en la casi totalidad de la población, tales como las padecidas por el actor...", porque ello no sólo implica desconocer el resultado de las pericias médica (fs. 223/228) y (fs. 242/243) y psicológica (fs. 199/201 y vta.) y (fs. 235/236), sino un destrato hacia el actor que porta una incapacidad total y permanente que le impide, conforme dictámenes periciales, que evidentemente la parte demandada no ha analizado, desempeñar tareas remuneradas, ni aprobaría un exámen de ingreso.

Más aún, y en relación con la cláusula limitativa del riesgo respecto de la cual he hecho referencia, se refiere a "cláusula de invalidez total y permanente", (cobertura taxativa, cláusula c, fs. 66), se ha dicho que "...La cláusula de la póliza de seguros que cubre el riesgo de invalidez total, no puede ser entendida en su expresión literal, sino en un sentido más flexible, pues se trata de establecer si el beneficiario se encuentra imposibilitado de realizar aquellas actividades que le eran habituales u otras similares...". (Cfr. Cita online MJ-JU-M-



76292/MJJ76292), en el caso particular el actor porta una incapacidad total y permanente superior al 66%, cuestión que no mereciera objeciones ante esta Alzada por la recurrente, con las consecuencias que ello conlleva conforme dicen los dictámenes producidos en autos, "...no puede desempeñar tareas remunerativas por cuenta propia o de terceros... se encuentra impedido... de continuar desempeñando sus tareas habituales... no aprobaría un examen de ingreso de cualquier trabajo..." (fs. 227), con lo cual entiendo que ello amerita la inoponibilidad propugnada.

Conforme todo lo dicho y particularmente teniendo en cuenta lo dispuesto por los arts. 3 y 37 de la LDC, corresponde desestimar los agravios de la Aseguradora en relación a estas cuestiones.

Finalmente en torno al resto de los agravios, relacionado con el capital de condena, basta referirse al recibo de haberes obrante a fs. 205 del mes de diciembre/2016 y lo dispuesto a fs. 52 "nota 1", agregado por la recurrente.

Respecto a los intereses calculados desde la contestación de demanda, la fecha consignada en la sentencia que se critica corresponde con el rechazo de la cobertura efectuada por la aseguradora y la consiguiente mora de su parte.

En torno a las costas, no encuentro eximentes que puedan sortear el principio objetivo de la derrota, por lo cual también corresponde su confirmación, agregando la misma imposición en la Alzada conforme el resultado del recuso.



En relación a la apelación de la regulación de honorarios practicada en la sentencia en crisis, revisada que fuera la misma, se advierte que se encuentra ajustada a los parámetros arancelarios de los arts. 6, 7, 10, 20 y 39 de la Ley 1594, modificada por Ley 2933, y a la labor desarrollada por los profesionales intervinientes, por lo cual corresponde su confirmación.

Conclusión: Propongo al Acuerdo **1.-** Confirmar la sentencia en estudio en todo lo que fuera materia de agravios, **2.-** Costas de Alzada a la demandada perdidosa (art. 68 del CPCC); **3.-** Regular los honorarios de los letrados intervinientes en Alzada conforme a lo dispuesto en los arts. 6 y 15 de la Ley 1594 (30%).

Mi voto.

El **Dr. Dardo Walter Troncoso** dijo:

Que por compartir los fundamentos y conclusiones a que arriba en su voto la colega preopinante, adhiero al mismo expidiéndome en idéntico sentido.

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.- Rechazar el recurso interpuesto por la parte demandada a fs. 302, y en consecuencia confirmar la sentencia



obstante a fs. 285/297 vta., en todo lo que fuera materia de agravios, con costas de alzada a la recurrente vencida, conforme a lo considerado.

II.- Regular los honorarios de alzada de los Dres. ... en la suma de pesos siete mil cuatrocientos cincuenta y nueve (\$7.459,00); al Dr. ... en la suma de pesos dieciocho mil trescientos cuarenta y ocho (\$18.348,00); y a la Dra. ... en la suma de pesos dieciocho mil doscientos setenta y cinco, (\$18.275,00); conforme a lo considerado, con más la alícuota IVA a quien corresponda.

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

Dra. Gabriela B. Calaccio - Dr. Dardo W. Troncoso