



NEUQUEN, 6 de octubre de 2016

Y VISTOS:

En acuerdo estos autos caratulados: **"SZLEJCHER ANDRES JUAN C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD BENEFICIO 368445/8"**, (Expte. N° **368446/2008**), venidos en apelación del JUZGADO CIVIL 1 - NEUQUEN 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.- A fs. 522/524 vta. el actor funda el recurso de apelación que interpusiera contra la sentencia de fecha 28.10.2015 (fs. 503/509), que fuera concedido por auto del 30.10.2016 (fs. 517); pide se la revoque y se haga lugar a la demanda en todas sus partes con costas.

En primer lugar considera que la juez de grado ha incurrido en error al interpretar las cláusulas de la póliza, concretamente el art. 4 de las Condiciones generales y el contenido del formulario suscripto por la cónyuge del actor, de los que resulta claro que la cobertura es hasta los 65 años inclusive, y que no resulta aplicable lo establecido en las condiciones particulares que cubre hasta que el asegurado los cumpla; ello por contraponerse al resto de las expresiones referidas al límite de edad, y haber sido absolutamente desconocida por su parte que no intervino en la contratación; concluye que el demandante contaba con 65 años y al no exceder la edad le corresponde el acogimiento de la pretensión.

En segundo agravio cuestiona que de la sentencia surja que su parte no expuso en la demanda los argumentos referidos al límite de edad, y que son tardíos los que introduce en el alegato, cuando era la demandada la que debía acreditar los motivos y exponer los fundamentos del rechazo de la cobertura.



Critica que en la sentencia se haya desconocido el principio de interpretación favorable del consumidor que alcanza al seguro colectivo de vida obligatorio y adicional objeto de autos, conforme el art. 37 de la Ley 24240, y que se lo hiciera en exclusivo beneficio de la aseguradora

Denuncia desconocimiento del carácter protectorio y naturaleza alimentaria del seguro de vida colectivo, conforme lo sostiene el Máximo Tribunal Provincial en la causa "Geliz", y apartamiento del principio por el cual en caso de duda razonable corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado.

Se agravia por el fundamento de la sentencia que se le atribuye no haber desconocido el tope de edad y que no se invocara que la cláusula no era de aplicación, cuando en autos obra la carta documento donde se discutió la interpretación efectuada por la demandada en cuanto a dicho límite.

Finalmente, impugna la imposición de las costas, solicitando se las imponga a la demandada para el supuesto de revocarse la sentencia, o en su caso lo sean en el orden causado, habiendo existido motivos suficiente para litigar.

Sustanciados los agravios (fs. 525), responde la demandada solicitando su rechazo con costas (fs. 526/529); considera que se encontraría viciado un fallo que conceda una indemnización apoyada en la supuesta falta de información de los alcances de la póliza al actor, cuando ello no fue denunciado en la demanda; sostiene que la apelación es un denodado esfuerzo por disfrazar su planteo de que se declare la inoponibilidad de la cláusula que limita la edad de la cobertura adicional por incapacidad que prevé el contrato, cuando ha quedado demostrado con la firma del formulario agregado el acabado anoticiamiento por parte del asegurado de tales condiciones, que no fueron cuestionadas ni impugnadas en su validez; de allí que el contenido del recurso sea



incongruente con la demanda y lo normado en el art. 277 del CPCyC importa un límite para fallar sobre capítulos no propuestos a la decisión del juez de primera instancia.

En segundo lugar considera que no corresponde incorporar al debate la aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor a los contratos de seguro, caracterizado por ser condicional, aleatorio e indemnizatorio, y que la ley de seguros anterior a aquella contiene un régimen de protección a los asegurados, y que en el seguro de vida colectivo el contrato se celebra con un tomador que no resulta consumidor.

Respecto a la imposición en costas, pide se confirme por resultar la recurrente la parte vencida, y no haberse justificado la decisión de demandar.

II.- Que la sentencia de grado rechaza la demanda por cobro del seguro de incapacidad que había sido contratado por la cónyuge del actor como adicional, por aplicación de las cláusulas que imponen un tope de edad a la vigencia de la cobertura, que considera cumplido por contar aquel con 65 años al momento de tomar conocimiento de su enfermedad; para ello considera que tal condición surgen claramente informadas a la beneficiaria del seguro, la cónyuge que suscribió el formulario que integra el contrato; que no fue cuestionada la edad cumplida al momento de verificarse su afección; que si bien se continuó efectuando el descuento para el pago de las primas, aquel siguió vigente para el supuesto de fallecimiento, no importando la continuación de la cobertura por incapacidad; que no fue cuestionada la validez y vigencia de la cláusula contenida en las condiciones particulares de la póliza, y en la misiva que le cursó a la aseguradora se limitó a señalar que aquella debía interpretarse en el sentido de que operaba cuando cumplía los 66 años; y, que es clara la letra de las cláusulas transcriptas no pudiendo pretender otra interpretación por lo previsto en el art. 4 de las condiciones generales, cuando el



resto de las condiciones y términos indudablemente establecen su cobertura hasta que el asegurado cumpla 65 años.

La juez de grado, adhiriendo a la interpretación gramatical, concluye en el rechazo de la demanda atento a que al momento de determinarse la incapacidad, el actor ya había cumplido los 65 años establecido como límite para la vigencia de la cobertura contratada.

Finalmente, respecto a las costas, las impone al actor en su calidad de vencido, con fundamento en el art. 68 del CPCyC.

III.- Abordando la cuestión traída a entendimiento, y a los fines de la tarea interpretativa y de aplicación que imponen los cinco primeros agravios del actor, habré de seguir aquellas argumentaciones que resulten conducentes y posean relevancia para decidir el caso conforme los puntos capitales de la lilis, y así lo dicta nuestro Máximo Tribunal (CSJN-Fallos 258:304; 262:222; 265:301; 272:225; Fassi Yañez, "Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, Comentado, Anotado y Concordado", T° I, pág. 824, Edit. Astrea); a su vez, que se considerarán aquellos elementos aportados que se estimen conducentes para la comprobación de los hechos controvertidos, atento a que no es obligación del juzgador ponderar todas las pruebas agregadas, sino únicamente las que estime apropiadas para resolver el conflicto (CSJN-Fallos 274:113; 280:3201; 144:611, autores y obra citados, pag. 466).

Que llega consentido en esta etapa procesal que el actor contaba con 65 años al momento de verificarse la afección antecedente en que funda su derecho a acceder al capital asegurado conforme la póliza que fue acompañada a fs. 48/124.

Que en lo que resulta de interés para las presentes, el contrato de seguro en las cláusulas particulares establece como condición: "COBERTURA: CLAUSULA ADICIONAL DE



INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE "Capital Asegurado: Equivalente al 100,00% del Capital Asegurado del Titular. Se cubre hasta que el asegurado cumpla los 65 años de edad", y de ello fue suficientemente informada la asegurada, esposa del actor cuando rubricó el formulario obrante a fs. 44 en el que se consigna "Usted está cubierto por: ... Opción para el Cónyuge. ... Riesgos cubiertos: ... Cláusula Adicional de Incapacidad Física Total y Permanente e Irreversible Taxativa (Hasta los 65 años)".

Que ciertamente, y como bien destaca el sentenciante, el objeto de la acción quedó circunscripto a que por vía interpretativa se resolviera que aquel límite se extendía más allá del momento en que la persona cumplía 65 años; y al contenido de la misiva extrajudicial a la que alude el recurrente no se le puede atribuir otro sentido que aquel.

Que la regla que limita la cobertura es clara y precisa, y no requiere de mayor interpretación, compadeciéndose a su vez su redacción con lo previsto en la cláusula 12 "Adicional de Cónyuges", por la que en el supuesto del seguro por incapacidad, la edad máxima de ingreso es de 64 años y la máxima de permanencia de 65 años (fs. 106).

En tal sentido, cabe recordar que las cláusulas bajo análisis se vinculan el estado del riesgo, integrado por un conjunto de circunstancias de hecho que le permiten al asegurador formarse una opinión de su peligrosidad al momento de concluirse el contrato, y que por su trascendencia, debe estar perfectamente delimitado.

Nicolás Barbato explica: "Resulta fundamental que el riesgo puesto a cargo del asegurador sea claramente delimitado, que la cobertura se encuentre bien circunscripta: ello hace posible que las obligaciones del asegurador estén precisadas en debida forma y, correlativamente, también lo estén los derechos del asegurado, dado que los mismos se modelan en función del riesgo amparado por el seguro...El



proceso de determinación del riesgo hace que se coloquen fuera del amparo diversas situaciones en las que ese riesgo se acentúa notablemente, ya sea en su probabilidad o bien en su intensidad o amplitud dañosa, por lo que el asegurador las considera insusceptibles de cobertura asegurativa o solo amparables mediante una prima más elevada que la fijada en el contrato... El examen de las cláusulas de la póliza que tienen por finalidad fijar límites al riesgo y poner fuera de la cobertura a determinadas situaciones permite ver que dichas cláusulas son de índole descriptiva. Su función es describir ámbitos, ya sea de cobertura, señalando sus límites o bien de ausencia de amparo, indicando situaciones que quedan fuera del seguro por haber sido excluidas del mismo en forma expresa (los llamados casos de "no seguro". ("Determinación del riesgo y exclusiones a la cobertura", en "Derecho de Seguros", Homenaje de la AIDA al Dr. Juan C.F. Morandi, pág. 37 y sigts.)).

Que en el caso se estableció la cobertura del riesgo respecto del cónyuge, en forma adicional por incapacidad física total y permanente e irreversible "hasta los 65 años", constituyendo todo ello una delimitación temporal, personal y objetiva, expresa y positiva, que no admite otra interpretación; y en punto a ello la previsión del artículo 4° de las cláusulas generales no incorpora otra información o dato que habilite una distinta para extender aquel límite etario hasta el día anterior a que la persona cumple 66 años.

Tales precisiones y claridad de las reglas que rigen la relación entre las partes, son las que deja sin sustento la crítica que se introduce respecto a la necesidad de recurrir a la tutela del régimen consumerista contenido en la Ley 24240, en tanto para aplicarlas no se requiere de ningún proceso interpretativo ni abren la posibilidad de optar por varias soluciones.



Luego, respecto a la continuidad del pago de la prima, tratándose de un seguro mixto inclusivo de la cobertura por "Fallecimiento por cualquier causa durante las 24 hs. del día los 365 días del año, en todo el mundo", el contrato mantuvo su vigencia por dicho riesgo y de ello, el pago de la prima al no haber la asegurada ni el actor introducido planteo alguno ni exteriorizado que ejercerían otra opción al respecto; es decir, la obligación del asegurador siguió sólo subordinada a ello, con motivo de la supervivencia del asegurado.

Que citado por la juez de grado, estimo oportuno transcribir el análisis e interpretación que esta Sala III ha seguido al resolver un caso semejante (en "FEDERICO ELDA LUCIA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (EXP N° 333862/6 -Sent. 19.03.2009- REG. N° 28 - T° I - F° 118/121 Protocolo de SENTENCIAS -Año 2009) y que resultan aplicables al caso:

"... como destaca la demandada en su contestación de agravios, al momento de determinarse su incapacidad, la actora excedía claramente el límite de edad (65 años) convenido en la póliza.

Abona lo dicho, la circunstancia de que en el contrato expresamente se estipuló que el seguro permanecería hasta el día en que el asegurado cumpla los 65 años, pudiendo ejercer la opción de continuar amparado si así lo solicitara, conforme lo previsto en las Condiciones Generales Específicas, obrantes a fs. 92 de autos, en el punto "Opción Mayores".

La cláusula en cuestión establece que: "El Asegurado activo que cumpla los sesenta y cinco (65) años y tenga una antigüedad mínima de un año como asegurado en dicho grupo, podrá optar por continuar en el seguro si lo solicita dentro de los (30) días, contados desde la fecha que cumplió los 65 años y bajo las siguientes condiciones: a) el riesgo cubierto será el de muerte únicamente...", (ver fs. 63 y 90).



Analizado el plexo de probanzas, a entendimiento del suscripto, no surge acreditado en el expediente de marras que la actora haya ejercido la mentada opción, circunstancia que fue oportunamente advertida por la jueza de origen.

Por otra parte, y en el hipotético caso de haberse ejercido dicha opción, la cobertura alcanzaría solamente al supuesto de muerte, en base a lo convenido.

En mérito a lo expuesto, y no obstante los esfuerzos argumentales de la pieza recursiva, adelanto mi opinión en el sentido que la apelación no habrá de prosperar.

La misma suerte correrá la pretensión de la recurrente respecto del seguro adicional por cónyuge ya que, el mismo permaneció en vigor hasta el mes de diciembre de 2004.

Siendo que la Junta Médica es de fecha posterior a la señalada, al momento de determinarse la incapacidad, la actora no se encontraba amparada por ninguna póliza vigente.

Y es que los principios rectores en el ámbito contractual (buena fe, el contrato es ley para las partes), no pueden ser dejados de lado en materia de seguros colectivos como el que nos ocupa, argumentando el carácter "tuitivo" del mismo, tal como surge de la jurisprudencia citada por la actora en su expresión de agravios.

Pues la función social que posee el contrato de seguro, no configura argumento suficiente para omitir considerar la existencia de una cláusula de exclusión de la cobertura.

Es que más allá de la finalidad de solidaridad social que puede entenderse insita en seguros de esta naturaleza, en el caso sub examine, nos encontramos ante una expresa exclusión de cobertura factible de ser pactada y perfectamente válida.

Respecto de los descuentos efectuados por el pago de las pólizas con posterioridad a la vigencia



expresamente pactada, conforme surge de fs. 395, ello no tiene por efecto prorrogar la vigencia del seguro en cuestión.

En cuanto a los agravios sobre la imposición de costas, comparto lo decidido por la jueza de origen, en virtud de la aplicación del principio objetivo de la derrota. ...".

De igual forma la Sala I, en voto de la Dra. Cecilia Pamphile ("ACEVEDO FERMINA NORMA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" (EXP N° 416820/2010-Sent. 20.05.2014), donde entre otros aspectos se abordó la interpretación y aplicación de la cláusula de exclusión del riesgo por razón de la edad, al contar el beneficiario con más de 65 años de edad, en un contrato de seguro colectivo adicional contratado por la empleadora de la conviviente:

"Sin embargo, aún soslayando este extremo, y apartándonos de los concretos términos de la pericia médica practicada en autos, lo cierto es que lo que no es posible sortear es que el riesgo cubierto era el de muerte y no el de la incapacidad absoluta y permanente, por así estar previsto en forma clara, expresa y sin ambigüedades en la póliza contratada, al establecer que la edad límite para acceder a la cobertura adicional por incapacidad era de 65 años.

"Veamos.

Conforme surge de las condiciones generales específicas, de la póliza obrante a fs. 232, la edad máxima de ingreso es de 64 años y la edad máxima de permanencia es hasta los 75 años, claro está, quedando igualmente cubiertos quienes poseían cobertura en la póliza anterior.

En la cláusula 88 relativa a la incapacidad física total permanente e irreversible, se determina que ésta debe haberse instalado durante la vigencia de la cláusula adicional y antes de que el asegurado exceda la edad establecida como edad límite para la cobertura adicional.

El art. 14 (fs. 240) determina que la cobertura de este riesgo cesa definitivamente "el día que el asegurado



exceda la edad establecida en las condiciones particulares de la póliza como edad límite para esta cobertura adicional". Y agrega: "En estos casos, el Asegurador procederá a la devolución de la parte proporcional de primas correspondientes a los períodos posteriores a la fecha de finalización de la vigencia...".

En lo que hace al seguro colectivo de vida facultativo que es, en rigor, lo que corresponde analizar dados los términos del reclamo, se establece que la finalización de la cobertura individual se produce cuando "el asegurado cumpla 65 años de edad" y en cuanto a los mayores de 65 se establece que podrán continuar con el seguro, en las siguientes condiciones:

"El riesgo cubierto será el de muerte únicamente; el capital asegurado quedará automáticamente reducido al cincuenta por ciento, sin admitirse posteriores aumentos, y no podrá ser mayor al valor que se defina en condiciones particulares para esta opción de la presente póliza. La edad máxima de permanencia en esta opción será de 74 años inclusive. La prima será la correspondiente al rango de edad ..." (pág. 272).

En este sentido, el perito contador a fs. 331 informa que "no puedo indicar monto alguno de indemnización por estar fuera de la póliza" e indica luego a fs. 332 en respuesta a los puntos de pericia de la demandada: "se establece bajo el título de Condiciones Particulares que la cobertura para la cláusula adicional de incapacidad total permanente es hasta que el asegurado cumpla los 65 años"

Y concluye: "En cuanto a la cobertura de cláusula adicional de incapacidad Total permanente la misma es hasta que el asegurado (actor) cumpla los 65 años, situación acaecida para la señora Acevedo el día 21/02/2003, encontrándose bajo relación de dependencia".



¿Podría en este contexto interpretarse, tal como lo hace la magistrada y cuestiona la demandada en los agravios, que la cláusula en cuestión fuera abusiva, ambigua y no haya llegado a conocimiento de la asegurada; todo ello con la consecuencia de obligar a la demandada a abonar el seguro? Entiendo que no.

En primer lugar, debo señalar que los términos del contrato son claros para este supuesto y la consecuencia prevista -también contractualmente- frente a la pérdida de vigencia por haber llegado a la edad límite de 65 años era el descuento proporcional de la prima.

La circunstancia de que el seguro se haya tomado teniendo la asegurada más de 65 años, no inhibe a la solución: este supuesto era posible, pero limitado en su alcance a la cobertura del fallecimiento, no al de incapacidad total y permanente, supuesto expresamente excluido.

En este sentido y en un caso que guarda algunos puntos de contacto con este supuesto ha señalado el TSJ: "...Pero, a pesar de que, insistimos, no existe constancia de la documentación que habría suscripto el esposo de la accionante, lo cierto es que la cobertura de esas pólizas no incluían al Sr. Raimondo.

Surge de los informes realizados por dicha compañía, obrantes a fs. 22 y 24 de las referidas actuaciones administrativas, que el Sr. Raimondo no estaba asegurado.

En el caso de la póliza 9337, en virtud de la cláusula de exclusión establecida en el Endoso 4 (no se asegura a las personas que cesaron el servicio activo por incapacidad) y, en el caso de la póliza 9338, por el límite de edad establecido en el Endoso 5 (66 años y el Sr. Raimondo tenía 68).

Ahora bien, más allá de que no existe constancia de la solicitud de cobertura que, se afirma, habría suscripto



el Sr. Raimondo una vez jubilado, lo cierto es que se le efectuaban los descuentos.

Sin embargo, esa sola circunstancia resulta insuficiente para pretender que se encontraba alcanzado por la cobertura de los seguros en cuestión, dado que, como antes se señaló, los términos de las pólizas contratadas por el ISSN, a través del Banco de la Provincia de Neuquén, no lo incluían. Luego, de una u otra manera, su pretensión de cobrar los seguros, resulta improcedente..." (conf. ACUERDO N° 1540/8 "PEREYRA MARIA ANGELICA c/I.S.S.N. s/ACCION PROCESAL ADMINISTRATIVA", expte. n° 1023/4).

Véase, entonces, que en el caso no se está ante una situación dudosa que determine que al interpretar el contrato, deba definirse a favor de mantener el amparo del beneficiario.

Tampoco la cláusula se presenta como de un contenido abusivo.

Es que como, con su claridad habitual, explica Kemelmajer de Carlucci:

"...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, etc.).



- La delimitación del riesgo que resulta de la fijación de límites concretos a ese riesgo.

Cuando la delimitación de ese riesgo es de naturaleza convencional, aparecen las llamadas cláusulas de exclusión de cobertura o de no seguro o no garantía.

Estas cláusulas "señalan hipótesis que, o bien resulta inasegurables, o bien son intensamente agravantes del riesgo y por ello son colocadas fuera de la cobertura. Otras veces constituyen simples menciones objetivas de lugares, personas o cosas, dirigidas a fijar ámbitos en los que operará el seguro (Conf. Stiglitz-Stiglitz, Seguro contra la responsabilidad civil, Bs. As., A. Perrot, 1991, n 137, pág. 280 y ss).

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 (Soler Aleu, Amadeo, El nuevo contrato de seguros, Bs. As., ed. Astrea, 1970, pág. 66).

Ahora bien, 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 (Compulsar Barbato, Nicolás H., Exclusiones a la cobertura en el contrato de seguros, ED 136-547)".

Y, en este punto, aún sin desconocer la función social que posee el contrato de seguro colectivo de vida, esto no configura argumento suficiente para omitir considerar la existencia de una cláusula que determina el final de la vigencia al llegar a determinada edad. Nótese que esta cláusula nada tiene de irrazonable; no es difícil comprender que superada cierta edad que, por otra parte, el mismo sistema establece para acceder al beneficio jubilatorio, el riesgo de incapacitarse se eleva significativamente, por lo cual es



previsible que no pueda ser cubierto por la aseguradora sin debilitar, también significativamente, la ecuación económica del contrato.

Por otra parte, tampoco entiendo que contraríe la Ley N° 24.240 de protección de los consumidores pues la cuestión se vincula al riesgo asegurado y, consecuentemente, a la ecuación económica del contrato. (conf. Suprema Corte de Justicia de Mendoza, Sala I, n 75.217 caratulada: "Martínez Hnos. y Ot. en j 102.251 Lucero, Oscar Ramón c/Raúl Alberto Martínez y Ot. p/ D. y P. s/Cas." 09/06/03).

Adviértase que no sólo no se encuentra cuestionada en concreto la razonabilidad de la cláusula de exclusión, sino que tampoco encuentro que ésta sea abusiva en tanto, insisto, el incremento del riesgo en la salud de las personas cuando arriban a determinada edad, conlleva que el siniestro sea inasegurable o bien, que la prima a cobrar deba ser muy superior.

Por lo tanto, la claridad de la cláusula y su razonabilidad determinan que sea oponible a la actora y que, por lo tanto, la demanda no pueda prosperar".

En atención a las consideraciones fácticas y jurídicas expuestas, los agravios del actor respecto al análisis y conclusión contenida en la sentencia habrán de ser rechazados.

IV.- *En relación a la imposición en costas, atendiendo a que el actor antes de promover la demanda fue suficientemente informado sobre los motivos del cese de la cobertura, no hallo razones para eximirlo del cargar con los gastos causídicos en su calidad de perdidoso, y de igual forma por los devengados con motivos del recurso de apelación que se decide (art. 68, 1er. párrafo del CPCyC).*

V.-*En consecuencia, propiciaré al acuerdo el rechazo de la apelación del actor, y la confirmación en todas sus partes de la sentencia de grado; todo ello con expresa*



imposición en costas, debiéndose proceder a la regulación de los honorarios conforme el art. 15 de la L.A. vigente+ (30% para los letrados de la parte demandada y 25% para los de la actora).-

El Dr. Fernando M. 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. 503/509, en todo lo que fuera materia de recurso y agravios.

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

3.- Regular los honorarios de los letrados intervinientes e esta Alzada, en el 30% al letrado de la demandada y en el 25% a los letrados de la actora, de lo establecido en el pronunciamiento de grado a los que actuaron en igual carácter (art. 15 L.A.).

4.- Regístrese, notifíquese electrónicamente, y, oportunamente, vuelvan los autos al Juzgado de origen.

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