



ACUERDO NRO. 01. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los siete (7) días de febrero de dos mil diecisiete, se reúne en Acuerdo la **Sala Civil** del Tribunal Superior de Justicia, integrada por los Sres. vocales doctor **OSCAR E. MASSEI** y doctora **MARÍA SOLEDAD GENNARI**, por excusación del Dr. RICARDO T. KOHON, con la intervención de la subsecretaria Civil de Recursos Extraordinarios, doctora **MARÍA ALEJANDRA JORDÁN**, para dictar sentencia definitiva en los autos caratulados: "**ACEVEDO FERMINA NORMA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD**" (**Expte. Nro. 113 - año 2014**) del Registro de la Actuaría.

ANTECEDENTES:

A fs. 451/459 vta., obra sentencia dictada por la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería de esta ciudad -Sala I-, que revoca el fallo de Primera Instancia obrante a fs. 407/410 vta., y en consecuencia, desestima en todas sus partes la demanda interpuesta.

Contra este decisorio, la actora deduce recursos de Nulidad Extraordinario y por Inaplicabilidad de Ley a fs. 463/479.

A fs. 499/501 vta., a través de la Resolución Interlocutoria N° 281/2015 se declara admisible el recurso por Inaplicabilidad de Ley impetrado, con sustento en el inciso d), del Art. 15°, de la Ley Casatoria y se inadmite por las restantes causales.

El señor Fiscal General propicia que se declare procedente el remedio deducido, porque la decisión de Alzada contradice la doctrina sentada por este Tribunal Superior a partir del caso "GELIZ" (fs. 503/506).

Firme la providencia de autos, efectuado el pertinente sorteo, se encuentra la presente causa en estado de dictar sentencia, por lo que este Tribunal resuelve plantear y votar las siguientes



CUESTIONES: 1) ¿Resulta procedente el recurso por Inaplicabilidad deducido? 2) En caso afirmativo, ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar? 3) Costas.

VOTACIÓN: Conforme al orden del sorteo realizado, a las cuestiones planteadas, el doctor **OSCAR E. MASSEI**, dice:

I. Liminarmente, realizaré una síntesis de los hechos relevantes para la resolución de este recurso.

1. A fs.75/82, FERMINA NORMA ACEVEDO promueve demanda por cumplimiento de contrato de seguro de vida colectivo obligatorio y adicional contra CAJA DE SEGUROS S.A., por el cobro de la suma de \$72.286,60.- y/o lo que en más o en menos resulte de la prueba a producirse, con intereses, gastos y costas.

Manifiesta que se desempeñó bajo relación de dependencia en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social. Afirma que en el transcurso de la relación laboral padeció dolencias de orden psicofísico y que tales afecciones - conforme dictamen de la Junta Médica del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (I.S.S.N.)- le ocasionaron una incapacidad absoluta y permanente del 70% e irreversible para todo tipo de tareas. Así, a partir del 1 de julio de 2009, se acoge a los beneficios de la jubilación por invalidez psicofísica.

Dice ser beneficiaria de dos seguros colectivos de vida: uno obligatorio y otro adicional, ambos por el riesgo de muerte y por incapacidad total y permanente que fueron contratados por su ex empleadora con la demandada.

Agrega que no intervino en las tratativas con la compañía aseguradora y, por ende, desconoce los términos del contrato de seguro. Además, que nunca se le hizo entrega de copia de los contratos y/o pólizas respectivas.

Asevera que abonaba mensualmente las primas, por descuento que efectuaba su empleadora de sus remuneraciones.



Indica que la aseguradora, mediante carta documento, declinó la cobertura porque la edad límite para hacerse acreedor del beneficio es hasta los 65 años y en su caso, a la fecha del siniestro -30/6/2009- superaba el máximo establecido en la póliza de referencia.

2. A fs. 133/145 vta. contesta la demandada, quien realiza una negativa general y particularizada de los hechos afirmados por su contraria.

Como cuestión preliminar, admite que contrató con la Administración Central de la Gobernación de la Provincia del Neuquén dos pólizas de seguro colectivo de vida, uno obligatorio y otro adicional. Refiere que dicha contratación fue instrumentada mediante las pólizas N°5120-9998583-01 y N°5120-9998589-01.

Luego, afirma que las indemnizaciones reclamadas fueron rechazadas porque, respecto del seguro obligatorio fue abonado tempestivamente, y en cuanto al adicional invocaron inexistencia de cobertura porque a la fecha del siniestro -30/6/2009- la señora Acevedo había superado la edad límite de 65 años para la cobertura adicional de incapacidad, conforme los expresos términos del Art. 1° de la Cláusula 87 de Incapacidad Física Total Permanente e Irreversible de la Póliza N°5120-9998589-01.

Apunta que la edad de 65 años se tiene en cuenta al momento del cese laboral; que el capital asegurado del seguro adicional es de \$19.000.- y que a partir de dicha edad sólo continuó la cobertura por muerte, además, que el capital asegurado se redujo.

En forma subsidiaria, plantea que las dolencias que presenta la actora no integran el riesgo asegurado. Manifiesta que, al estar claramente determinados el riesgo y las exclusiones de cobertura, y al no existir ninguna cláusula que las contravenga, la extensión de la garantía debe interpretarse literalmente a fin de respetar la autonomía de



la voluntad negocial. Sostiene que no debe responder más allá del alcance del contrato de seguro pactado, toda vez que su parte, al momento de efectivizar esa contratación tuvo en mira un determinado riesgo.

Ofrece prueba, funda en derecho y solicita que se desestime la pretensión, con costas.

3. A fs. 407/410 vta., la Jueza de Primera Instancia acoge la demanda interpuesta, y condena a la aseguradora al íntegro pago del capital reclamado -readecuado- de \$70.246, con más los intereses a tasa activa del B.P.N. S.A.

4. Contra dicho pronunciamiento se alza la demandada, expresa agravios a fs. 436/442 vta., y son contestados por su contraria a fs. 444/449.

5. A fs. 451/459 vta., la Sala I de la Cámara de Apelaciones de esta ciudad, revoca la sentencia de grado y, en consecuencia desestima en todas sus partes la demanda interpuesta por la actora e impone las costas en ambas instancias por su orden, puesto que -considera- la circunstancia que se le haya descontado a la actora la prima en forma íntegra pudo generar una determinada apariencia que la indujo a creerse con derecho para reclamar.

Argumenta que un seguro de vida e incapacidad, aún el adicional y dada su función social, no puede interpretarse con la estrictez que requieren los restantes contratos de seguros, sobre todo si se tiene en cuenta que quien paga las primas, el asegurado, ni siquiera es el tomador en sentido estricto, toda vez que la compañía aseguradora es elegida por el Estado sin participación alguna por parte de los empleados a quienes se descuenta obligatoriamente las primas del sueldo.

A ello suma que tampoco se notifica ni de la compañía aseguradora ni de los términos de la póliza y que no se entrega certificado alguno.



Precisa que dicha 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 cobertura.

En el caso concreto explica que, en la pericia médica se determinó que la accionante comenzó con sus dolencias en 2006; que tiene una incapacidad física del 53.45% según Baremo y que su incapacidad por ley 24.241 asciende a 62,65%. Entonces -concluye-, desde este primer aspecto, el caso se encontraría excluido de la cobertura, al no alcanzar el porcentaje exigido para que la incapacidad se encuentre cubierta. Sin embargo -agrega-, aun soslayando este extremo, no es posible sortear que el riesgo cubierto era sólo el de muerte y no el de 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.

Juzga que no se está ante una situación dudosa que determine que al interpretar el contrato, deba definirse a favor de mantener el amparo del beneficiario y que tampoco la cláusula se presenta como de un contenido abusivo. Se explaya sobre el tópico.

Por dichos fundamentos revoca la decisión anterior.

6. Contra dicho resolutorio, la accionante obtiene la apertura de la etapa extraordinaria que se transita, por vía de Inaplicabilidad de Ley, en virtud de la causal contenida en el Inc. d), del Art. 15º, del Ritual Casatorio (cfr. fs. 499/501vta.).

La impugnante señala que el *Ad-quem* se apartó de la jurisprudencia sentada por este Tribunal Superior en materia de seguros colectivos de vida a partir de la causa "Géliz".

Añade que es inoponible a la actora toda cláusula de exclusión de cobertura que limite o exonere de



responsabilidad a la Aseguradora, toda vez que ésta fue adjudicataria de la licitación pública con la finalidad de proveer la cobertura de los seguros de vida colectivo obligatorio y adicional, en tanto la Sra. Acevedo, en su calidad de dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, se incorporó a dichos seguros, sin reserva alguna y abonó la totalidad de las primas.

Destaca que su parte fue ajena a las negociaciones contractuales, en las cuales no tuvo ingerencia alguna, ni en la reserva de reducción del precio de la prima o reducción de los capitales asegurados, además de no haber sido notificada de la exclusión de cobertura por la que, a la postre, el *Adquem* desestimó la demanda.

Agrega, que los seguros colectivos exigen ser interpretados de acuerdo con los principios indisponibles en materia de contratos de adhesión que ordenan estar a la interpretación favorable a la parte no predisponente.

II. Que los puntos planteados y debatidos en la presente causa resultan sustancialmente análogos a los resueltos por este Tribunal en la causa: "GÉLIZ ANA MARÍA C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD" - Expte. N° 107-2009-, del Registro de la Secretaría Civil. Por lo que adelanto opinión en el sentido de que el recurso por Inaplicabilidad de Ley ha de prosperar y así también la pretensión de la accionante, respondiendo a las cuestiones propuestas en primer y segundo lugar.

Para ello, ha de seguirse la postura sustentada en el Acuerdo N° 46/2010 dictado en los autos citados, reproduciendo la línea argumental allí desarrollada, y que llevó a este Cuerpo a propugnar la función social, finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de los seguros de vida, obligatorio y adicional.

En los presentes, también corresponde priorizar dicha función, pues una interpretación contraria controvierte



los principios elaborados a partir de los Arts. 14 bis de la Constitución Nacional, y 38 de la Constitución del Neuquén.

Como ya se dijo en el precedente "GÉLIZ" el seguro de vida obligatorio debe ser situado en el ámbito laboral. Su objeto consiste en cubrir toda la gama de contingencias y necesidades que afectan individualmente a un sujeto, pero se proyecta socialmente en sus efectos (cfr. Germán BIDART CAMPOS, *Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino*, Editorial Ediar, Bs. As. 1986, pág. 429, citado en Acuerdo N°46/10).

Y que, similares reflexiones resultan aplicables al seguro de vida adicional contratado en el marco expuesto, pues, si sus estipulaciones se hallan vinculadas con el contrato de trabajo, estamos en presencia, sin duda alguna, de un seguro que debe ser situado también dentro del ámbito del Derecho Laboral. Ello es así, por su innegable naturaleza tuitiva y protectora destinada a resguardar al trabajador, en caso de producirse el siniestro que de lugar a la protección del riesgo cubierto.

Los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social (cfr. Acuerdo Nro. 47/2015 "MONTE", del Registro de la Secretaría 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 (cfr. Rubén S.



STIGLITZ, *Derecho de seguros*, Tomo I, Editorial ABELEDO PERROT, Bs. As., 1998, pág. 609 y s.s.).

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 (cfr. BARBADO, Patricia Bibiana, "*Los principios de confianza y transparencia en las relaciones de consumo*", Revista de Derecho de Daños 2016-1 Consumidores, RUBINZAL CULZONI Editores, Santa Fe, 2016, pág. 159 y s.s.)

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.

Sentado ello, cabe consignar que, en el *sub-judice*, la contingencia incapacidad total y permanente se encuentra verificada. Tal hecho es de suma relevancia de cara a la acción promovida, pues la incapacidad laborativa es el presupuesto fáctico que debe concurrir para que el beneficiario tenga derecho a las prestaciones previstas en un seguro de vida por incapacidad. También se constató, que la demandada continuó en la percepción de la prima no obstante la edad de la actora.

Sin embargo, la accionada plantea la exclusión de cobertura con sustento en el límite de edad estipulado en las cláusulas contractuales por ella predispuestas, cuya debida información a la beneficiaria no acreditó. A su vez, se probó que la accionante, desde el comienzo de la cobertura superaba dicho límite, pese a lo cual no se rechazó su incorporación ni



se le descontó de sus haberes un porcentaje menor en función de la cobertura parcial -sólo muerte- que aquí se esgrime.

La actora afirmó, al demandar, que nunca tomó conocimiento del contrato de seguro, de sus condiciones y que tampoco se le entregó copia de la póliza. Por su parte, la demandada no aportó prueba alguna tendiente a acreditar tal extremo.

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. Dicha norma reza:

"En las pólizas colectivas deberá entregarse, por cada [...] persona asegurada, un 'Certificado de Incorporación' que contendrá como mínimo los siguientes datos, sin perjuicio de los requeridos en función del riesgo cubierto: a) Número de Póliza; b) Número de Certificado Individual de Cobertura; c) Fecha de emisión; d) Fechas de inicio y fin de la cobertura; e) Nombre, CUIT, CUIL, o DNI y domicilio del Asegurado y/o Tomador consignado en la póliza colectiva; f) Nombre, CUIT, CUIL o DNI del Asegurado -individual-; g) Riesgos cubiertos por cobertura; h) Suma asegurada por cobertura (o base de cálculo para los seguros de Vida Colectivo); i) Franquicias para cada cobertura, en caso de corresponder; j) Carencias para cada cobertura, en caso de corresponder; k) Beneficiarios designados (seguros de personas), en caso de corresponder; l) Premio total correspondiente al bien o persona en cuestión (excepto en los seguros de Vida).

"Cada 'Certificado de Incorporación' deberá numerarse en forma cronológica como un endoso de la póliza respectiva".



Retomando el vértice inicialmente expuesto, en autos se acreditó que la accionante ha sufrido las contingencias que el contrato de seguro debe cubrir, y que la limitación que se pretende aquí hacer valer no fue debidamente informada a la actora (Arts. 42 de la Carta Magna de la Nación y 55 de la Constitución de la Provincia del Neuquén). Por ello, corresponde que la señora Acevedo sea indemnizada.

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 (cfr. PIEDECASAS, Miguel A., "*Consumidor y seguros*", LA LEY 2014-D, 621, cita online: AR/DOC/1833/2014).

En el caso, además, la ejecución del contrato dista de los términos contractuales invocados en su favor por la accionada pues, tal como señala la Jueza de Primera Instancia, la incorporación de la señora Acevedo no fue rechazada y se le descontó la prima de sus haberes en forma total y oportuna. Una correcta interpretación debe tener en cuenta las conductas que en relación al contrato han tenido las partes, antes, durante o con posterioridad a su celebración.

A mi juicio, la Cámara sentenciante ha infringido las reglas que rigen la interpretación en esta específica



materia, y en especial, la buena fe y la equidad, como principios rectores y fundamentales que la dominan. Así, no otorga relevancia al deber de información y, con ello, a la finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de estos seguros.

En este contexto, corresponde declarar procedente el recurso impetrado por la parte actora, por aplicación de lo dispuesto por los Arts. 42 de la Carta Magna de la Nación y 55 de la Constitución de la Provincia del Neuquén, en punto al deber de información, y los argumentos vertidos *in re* "Geliz", "Camargo" y otros, a los que *brevitatis causae* me remito, y casar la decisión de Alzada bajo examen, de conformidad con los fundamentos desarrollados.

En consecuencia, por imperio de lo dispuesto en el Art. 17º, inc. c) de la Ley 1.406, y en virtud de los fundamentos expuestos, ha de recomponerse el litigio mediante el rechazo del recurso de apelación deducido por CAJA DE SEGUROS S.A., pues admitido entonces que pesaba sobre la demandada el deber de información, y el incumplimiento de tal obligación, debe confirmarse, en un todo, la solución emergente del pronunciamiento de Primera Instancia.

III. Con respecto a la tercera cuestión planteada, propongo se impongan las costas de todas las instancias a la demandada vencida (Arts. 68º del Código Procesal y 12º de la Ley Casatoria). **MI VOTO.**

La señora vocal doctora **MARIA SOLEDAD GENNARI**, dice: Comparto la línea argumental desarrollada por el doctor OSCAR E. MASSEI y la solución propiciada en su bien fundado voto, por lo que expreso el mío en igual sentido. **MI VOTO.**

De lo que surge del presente Acuerdo, de conformidad Fiscal, por unanimidad, **SE RESUELVE:** 1º) Declarar **PROCEDENTE** el recurso por Inaplicabilidad de Ley impetrado por la actora a fs. 463/479, contra la sentencia dictada por la Cámara de Apelaciones de esta ciudad -Sala I-, obrante a fs. 451/459vta, **CASANDO** dicho fallo en virtud de la causal



invocada y sobre la base de las razones vertidas en los considerandos del presente. **2º)** Por imperio de lo dispuesto en el Art. 17º, inc. c), del ritual casatorio, **RECOMPONER** el litigio mediante el rechazo del recurso de apelación interpuesto por la demandada, confirmando en su totalidad la sentencia de Primera Instancia obrante a fs. 407/410 vta. **3º)** Imponer las costas de Alzada y las de esta instancia a la demandada perdidosa (Arts. 68º del C.P.C.y C. y 12º de la Ley 1.406). **4º)** **REGULAR** los honorarios de los profesionales intervinientes doctores ... -apoderado de la actora-, ... -patrocinante de igual parte-, ... -apoderado de la accionada- ... y ... -patrocinantes de idéntica parte- por sus intervenciones ante la Alzada y en esta etapa Casatoria en un 30% y un 25%, respectivamente, de lo que les corresponda por su actuación en idéntico carácter en primera instancia y según su intervención en una y/u otra instancia (Art. 15º de la Ley Arancelaria). **6º)** Regístrese, notifíquese y oportunamente devuélvanse los autos a origen.

Con lo que se da por finalizado el acto, que previa lectura y ratificación, firman los Sres. Magistrados por ante la Actuaría, que certifica.

Dra. **MARÍA SOLEDAD GENNARI** - Dr. **Oscar E. Massei**
Dra. **MARIA ALEJANDRA JORDÁN** - Subsecretaria