



NEUQUEN, 7 de febrero de 2017

**Y VISTOS:**

En acuerdo estos autos caratulados: "**RUIZ ANTONIO C/ SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA. S/ CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**", (Expte. N° **450402/2011**), 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. Ghisini**, dijo:

I.- La sentencia definitiva de primera instancia que luce fs. 383/387 vta., rechazó la demanda de cumplimiento de contrato entablada por Antonio Ruiz, y le impuso las costas en atención a su condición de vencido.

Para así resolver sostuvo: "Ha quedado demostrado en autos con la documentación aportada por el propio accionante que al momento de la contratación aquél denunció que el vehículo asegurado era destinado a "uso particular". También se ha acreditado debidamente en autos, y no ha sido motivo de controversia, que con anterioridad a la vigencia de la póliza emitida por la demandada el vehículo asegurado era destinado al uso de transporte de pasajeros en la ciudad de Neuquén, habiendo sido habilitado como taxi por la Comuna el 26/06/08 (ver informe de fs. 319 y denuncia policial de fs. 90)".

"En el caso, no cabe duda a la suscripta que ha mediado declaración falsa del asegurado al momento de contratar la póliza, al haberse comprobado suficientemente, como se ha visto, que el vehículo se encontraba afectado al uso de transporte público de pasajeros, sin que el Sr. Ruiz, hubiere demostrado circunstancia alguna que justifique o lo exima de haber conocido la falsedad de tal afirmación como lo invoca en su escrito de responde de fs. 58, en especial, teniendo en cuenta que él mismo acompañó en estos autos la constancia de cobertura (ver fs. 15 y 371/373)".



“Por ello, aun cuando en el caso, tampoco la aseguradora ha demostrado adecuadamente mediante el dictamen pericial correspondiente, que la impugnación formulada en la contestación de demanda lo hubiera sido dentro del plazo de tres meses de conocida la falsedad de la declaración, lo cierto es que ninguna duda puede caber, independientemente del funcionamiento del instituto de la reticencia, que el caso encuadra en la exclusión prevista en la póliza”.

Esa sentencia es apelada a fs. 393 por la parte actora.

## **II.- Agravios de la parte actora (412/421 vta.)**

En primer lugar, considera errónea la valoración de la prueba relativa a la obligación de la aseguradora - predisponente de las cláusulas- que determinara su incumplimiento contractual y, como consecuencia de ello, la equivocada aplicación de la norma contenida en los arts. 49 y 56 de la Ley de Seguros 17.418, que dispone precisamente el plazo legal en el que debe pronunciarse el asegurador (30 días).

Aduce, que quedó establecido que la denuncia administrativa se efectiviza el 2 de noviembre de 2009; se intima a la aseguradora el 10 de diciembre de 2009; y ésta se expide recién el 5 de enero de 2010, es decir, superando el máximo permitido legalmente.

Interpreta, que la a quo omitió valorar la prueba producida, y no consideró documentos relevantes como la intimación cursada por la actora y la respuesta de Sancor Seguros; además de los principios protectores vigentes de los usuarios y consumidores.

Asimismo, refiere que de la propia prueba aportada por la actora referida a la contratación del seguro y la prueba pericial, cabe concluir que los daños se corresponden con la obligación asumida por la demandada y que



ella no cumplió con su obligación legal, dando por ende su aceptación tácita.

Cita profusa jurisprudencia.

En segundo lugar, sostiene que resulta errónea la admisión de la defensa esgrimida por la accionada en cuanto a la aplicación del instituto de la reticencia que dispone el art. 5 de la Ley de Seguros, a pesar de que ninguna prueba se produjo a través del juicio de peritos como se establece en el artículo mencionado, siendo que debe ser materia de concreta demostración.

Menciona, que en el propio informe aportado por la demandada (fs. 232/233), se especifica el modo de contratación de la póliza que afecta a la unidad del actor, indicando que se trata de una póliza del tipo colectivo, que es un modo de contratación utilizado por la aseguradora en el cual es la figura del agente institorio el encargado de realizar las contrataciones de todos los vehículos que se comercializan por planes de ahorro, donde se limitan solamente a vender el vehículo sin ningún tipo de asesoramiento al consumidor.

Entiende, que la sentencia se aparta de los textos legales aplicables sin brindar razón plausible alguna y efectúa en cambio una interpretación de la póliza que claramente contradice normas de rango superior y en cuya observancia se encuentra comprometido el interés general y la implementación de políticas de estado. Cita jurisprudencia.

Corrido el pertinente traslado de los agravios, el mismo fue contestado por la contraria a fs. 423/425, en donde solicita su rechazo con costas.

III.- De modo preliminar al tratamiento del recurso ensayado, cabe recordar que los Jueces de Cámara, como tribunal de revisión, se encuentran limitados por los términos de la sentencia en crisis y por los agravios de las partes.



Son los litigantes quienes delimitan con sus quejas, como regla general, el alcance del conocimiento de la Alzada.

Consecuentemente, la competencia de esta Alzada se encuentra limitada a los temas sometidos a su decisión mediante la apelación (arts. 265 y 271 del C.P.C. y C.), que hayan sido oportunamente propuestos a la decisión del tribunal inferior (art. 277), y es en ese marco que corresponde analizar el recurso.

Además, los jueces no están obligados a hacerse cargo de todos y cada uno de los argumentos expuestos por las partes ni a analizar las pruebas producidas en su totalidad, sino tan solo aquéllos que sean conducentes para la correcta decisión de la cuestión planteada (conf. art. 386 del Código Procesal).

Ahora bien, en la causa que nos convoca, el actor ha accionado reclamando a la demandada el cumplimiento de la cláusula de la póliza de seguros N° 818369, vigente entre las partes -fs. 31/43-, que establece la cobertura del riesgo de destrucción total del vehículo objeto de la contratación -Renault Logan 1.6 16V Confort, dominio: GSZ070, modelo: 2007-. Aduce que ante la falta de respuesta en el tiempo establecido en la Ley de Seguros, se supone la aceptación tácita del siniestro, pretende en los presentes el cobro de la suma de \$60.000 equivalente al monto asegurado.

Al contestar demanda, Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. reconoce el contrato de seguro celebrado con el demandante y el alcance de la cobertura del mismo. Sin embargo sostiene que la misma no alcanzaba daños parciales y que el seguro fue contratado para un vehículo de uso particular del asegurado. Resiste la pretensión al solicitar que se decrete la nulidad del seguro por reticencia del asegurado.

De la póliza incorporada a la causa por el propio demandante se corrobora el argumento defensivo de la aseguradora, vale decir, que el uso que correspondía asignarle



al rodado asegurado era "particular", y que en caso de que "el uso para el que está destinado el vehículo asegurado en esta constancia dejare de ser el indicado, caducarán ipso facto los derechos del asegurado. Quedando liberado el asegurador de todo cargo u obligación de la presente" (v. fs. 15).

A su vez, de las constancias de fs. 20 surge que la licencia que habilitaba al señor Italo Huechapan -conductor del rodado al momento del siniestro (fs. 21 vta. y 22)- era para "automotores del servicio de transporte de pasajeros de hasta 8 plazas más el chofer y los comprendidos en las categorías B".

Por otro lado, obsérvese que los hechos objetivos de la causa, previos a la demanda objeto de autos, que fuera presentada el día 22 de junio de 2011, no son del todo claros en lo que hace al comportamiento del actor, a saber: en primer lugar el certificado de denuncia del siniestro ante Sancor Seguros que luce a fs. 379/380, se observa que es de fecha 2 de noviembre de 2009, cuando el accidente se había producido el 15 de agosto de 2009.

Y, visualizo de dicha denuncia que por su contenido pareciera que se trata de dar aviso a su seguro ante la posibilidad de un reclamo de tercero por responsabilidad civil -cuya cobertura también tenía con la demandada-, ya que se proporcionan los datos del conductor del otro automóvil y de su aseguradora; y además los daños materiales del propio vehículo asegurado no eran de tal trascendencia como para deducir que se estaba en presencia del riesgo cubierto (Daño total, fs. 35 vta.).

Es recién con su carta documento de fecha 10 de diciembre de 2009, cuando el accionante muestra su estrategia del caso, al intimar del siguiente modo: "...habiendo cumplido con las cargas como asegurado y vencidos los plazos correspondientes establecidos en el art. 56 (Le 17.418). Y de acuerdo a lo dispuesto en condiciones de póliza N°818369,



vigente al momento del siniestro y emitida por v. entidad, intimo al plazo perentorio e improrrogable de 48 horas de recibida la presente a la indemnización correspondiente a la destrucción total de mi vehículo, bajo apercibimiento de iniciar las correspondientes acciones legales" (fs. 16).

Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. responde mediante carta documento del 3 de enero de 2010, lo que sigue a continuación: "...Asimismo le informamos que en formulario de denuncia del hecho que obra en nuestro poder, realizada por el Sr. Huechapan Italo sólo se indicó colisión con otro vehículo, por lo tanto se atendió la cobertura de responsabilidad civil que es la única que justificaba el ingreso de la denuncia. Tampoco de los daños denunciados "rueda delantera derecha y demás daños a verificar" se puede inferir razonablemente que los mismos pudieran configurar tal extremo. Tampoco aportó presupuestos ni fotografías de daño alguno. Por lo expuesto, si Ud. desea solicitar la inspección del vehículo asegurado deberá presentar ante esta aseguradora sita en calle Tucumán N° 873 de General Roca, Provincia de Río Negro, nota firmada solicitando inequívocamente la inspección por el perito y designando el lugar donde puede ser inspeccionada la unidad, persona a cargo de la misma y teléfono de contacto. Hasta entonces quedan suspendidos los plazos para pronunciarnos sobre su derecho según póliza 244700, certificado 13757 y artículos 46 y 55 s.s. de la ley de seguros N° 17.417".

Allí finalizó el intercambio epistolar entre las partes, y la demanda fue interpuesta el 22 de junio de 2011, adjuntándose a la misma un presupuesto de los daños materiales del rodado asegurado de fecha 17 de mayo de 2011 (v. fs. 376), vale decir, elaborado unos días antes de iniciar el juicio.

De manera que, no obstante el esfuerzo esgrimido por el recurrente para revertir la decisión de grado, sobre la base del supuesto de admisión tácita del siniestro derivado



del vencimiento del plazo previsto por el Art. 56 LS y de los principios protectores vigentes de los usuarios y consumidores, el sustento jurídico que respalda la sentencia está apoyado sólidamente en que no cabe duda que en el caso ha mediado una declaración falsa del asegurado al momento de denunciar el siniestro ante Sancor, al haberse comprobado suficientemente, como se ha visto, que "el vehículo se encontraba afectado al uso de transporte público de pasajeros -taxi-, sin que el Sr. Ruiz, hubiere demostrado circunstancia alguna que justifique o lo exima de haber conocido la falsedad de tal afirmación como lo invoca en su escrito de responde de fs. 58, en especial, teniendo en cuenta que él mismo acompañó en estos autos la constancia de cobertura (ver fs. 15 y 371/373)".

Lo concreto, es que el planteo formal del accionante, su verdadera pretensión, comienza con la carta documento del 10 de diciembre de 2009, donde pretende dar por decaído el plazo del art. 56 de la Ley 17.418, y por ello, de acuerdo a las condiciones de póliza vigente al momento del siniestro, intima al pago de la indemnización correspondiente a la destrucción total del vehículo.

Pareciera que intenta aprovechar una cuestión formal, que en principio lo beneficiaba en su posicionamiento frente a la aseguradora, de modo tal de liberarse de la carga que tenía de brindar el deber de información que pesaba sobre sus espaldas.

Y cómo responde Sancor Seguros a esa intimación? Ante el formulario de denuncia del hecho realizada por el Sr. Italo Huechapan en donde sólo se indicó colisión con otro vehículo, por lo tanto se atendió la cobertura de responsabilidad civil que es la única que justificaba el ingreso de la denuncia. Tampoco de los daños denunciados "rueda delantera derecha y demás daños a verificar" se puede inferir razonablemente que los mismos pudieran configurar la



destrucción total reclamada, no obstante, y al no haber aportado presupuestos ni fotografías de daño alguno, le informa que si desea solicitar la inspección del vehículo asegurado deberá presentar una nota firmada pidiendo inequívocamente la inspección por el perito y designar el lugar donde puede ser inspeccionada la unidad, persona a cargo de la misma y teléfono de contacto.

Vale decir, que le da a su asegurado y se da también ella, la posibilidad de reencauzar adecuadamente el trámite administrativo y, sin embargo el reclamante nada hace al respecto, pues directamente inicia la demanda judicial que motiva los presentes. Por qué? Indudablemente algo quería ocultar o disfrazar.

Veamos, es sabido que el contrato de seguro se caracteriza por la cantidad y variedad de deberes de conducta recíprocos entre asegurado y asegurador, entre ellos el deber de información a cargo del primero, pero que también compete al segundo; en el caso, por cierto, ambos tenían que probar, uno que la denuncia del siniestro era lo suficientemente clara pese a no haber precisado que explícitamente reclamaba por destrucción total, y acompañar la documentación respaldatoria suficiente; y el otro haber requerido del asegurado la información necesaria y su razonabilidad.

Con respecto a los términos de la denuncia del siniestro, y la omisión de precisar expresamente que se reclamaba por destrucción total, si bien la misma no sólo importa anotar sobre un hecho, sino también sobre la pretensión que tiene el denunciante de vincularlo con el riesgo asegurado y de ser indemnizado; la aseguradora por su lado argumenta que la denuncia en cuestión no estuvo enderezada a reclamar la indemnización por el acaecimiento del riesgo de destrucción total previsto en la cobertura, debido a que quién la presentó -conductor del rodado al momento del accidente- solo indicó colisión con otro vehículo, y que por





eso se atendió la cobertura de responsabilidad civil que es la única que justificaba el ingreso de la denuncia.

Ahora bien, el hecho que el asegurado no haya procedido a calificar el evento acaecido como destrucción total al confeccionarse la denuncia del siniestro, puede eximir a la aseguradora de realizar la debida verificación de los daños? En el caso, entiendo que sí, porque el señor Huechapan no expone circunstanciadamente los hechos constitutivos del siniestro ni los daños concretos producidos como consecuencia del mismo, pues sólo indica: "rueda delantera derecha y demás daños a verificar", y de ello, no se puede inferir razonablemente que los mismos pudieran configurar la cobertura aquí reclamada. Además en dicha oportunidad, tampoco aportó presupuestos ni fotografías de daño alguno.

Por eso, y frente a la intimación por carta documento del actor, me parece importante el comportamiento que asume la aseguradora al responder a través de su misiva (fs. 17), y requerir del asegurado las informaciones complementarias que le fueran necesarias para determinar si el hecho -destrucción total- se hallaba cubierto por la póliza.

De modo que, hace al principio de la buena fe sostener que para poder aspirar a una actividad concreta de investigación de la compañía aseguradora, el asegurado deba precisar exactamente -y no lo hizo- que el perjuicio sufrido coincide con el riesgo reclamado "destrucción total", por lo que el planteo del seguro parece legítimo para verificar los daños y en caso de corresponder proceder al posterior pago de la indemnización, ya que reitero, de la descripción fáctica del asegurado no surge una razonable y cierta probabilidad de que el hecho pueda encuadrar en la cobertura reclamada.

Por ello, la misiva de fs. 17, viene a traer luz al caso, y a mi modo de ver, el plazo del art. 56 de la Ley Nacional de Seguros debe computarse a partir de la intimación



por carta documento del asegurado que luce a fs. 16. Y al ser ésta remitida a Sancor Seguros el 10 de diciembre de 2009, cuya respuesta fuera impuesta el 5 de enero de 2010, el plazo de 30 días no se encuentra cumplido, y por lo tanto, no hubo una aceptación tácita del seguro como pretende el recurrente. Máxime que se procura imputar aceptación tácita de su responsabilidad por la prestación de la cobertura, cuando no se le suministró la información necesaria, y la omisión del asegurado se verificó luego de haber sido intimado a cumplir con la referida información complementaria, y no lo hizo.

En definitiva, en la sentencia de grado, la a quo desentraña el porqué de dicho accionar, y es que se trataba de un taxi y por ello no podía tener el uso consignado en la póliza -particular-, lo cual ha quedado corroborado con la fotografía del automóvil asegurado de fs. 381 y el informe de la Dirección Municipal de transporte de la Municipalidad de la ciudad de Neuquén, de donde se desprende que el rodado, dominio: GSZ-070, al 15 de agosto de 2009, estaba habilitado al servicio público de taxi en la licencia N°96, a nombre de la señora Diela del Carmen Contreras Fuentes.

El seguro contratado -su póliza- (v. fs. 34) al hablar de las exclusiones de cobertura, cláusula 23, punto 17) determina que no habrá seguro: "Cuando el vehículo sea destinado a un uso distinto al indicado en el frente de la póliza y/o certificado de cobertura sin que medie comunicación fehaciente al asegurador en contrario; o cuando sufrieren daños terceros transportados en el vehículo asegurado en oportunidad de ser trasladados en virtud de un contrato onerosos de transporte, sin haberse consignado tal uso o destino en el frente de la póliza o certificado de cobertura" (Pericias contables en extraña jurisdicción, punto 4) de fs. 232; y fs. 340.

Consecuentemente, juzgo que la sentencia apelada se ajusta a derecho y debe ser confirmada en todas sus partes,



con costas al recurrente vencido, a cuyo efecto deberán regularse los honorarios profesionales correspondientes a la Alzada de conformidad con el Art. 15 LA, todo lo cual propongo al Acuerdo.

Tal mi voto.

**El Dr. Marcelo J. MEDORI, 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 de fs. 383/387 vta. en todo cuanto fue materia de recurso y agravios.

**2.-** Imponer las costas de Alzada al apelante vencido (art. 68 del CPCC).

**3.-** Regular los honorarios de los letrados intervinientes en esta Alzada, en el 30% de lo que oportunamente se fije en la instancia 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