

Contrato De Seguro Seguro De Vida Colectivo Omision De Pronunciamiento

JURISPRUDENCIA

En Buenos Aires a los 30 días del mes de

abril de dos mil trece, hallándose reunidos los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos para conocer los autos ?MUNILLA HECTOR RICARDO C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ ORDINARIO? (expediente n° 53.488.02), en los que, al practicarse la desinsaculación que ordena el artículo 268 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, resultó que la votación debía tener lugar en el siguiente orden: Doctores Eduardo R. Machin (7), Julia Villanueva (9) Juan Roberto Garibotto (8).
Estudiados los autos la Cámara plantea la siguiente cuestión a resolver. ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada a fs. 737/750? El Señor Juez de Cámara Doctor Eduardo Roberto Machin dice: I. La sentencia. Viene apelado el pronunciamiento de fs. 737/750 que rechazó la demanda incoada por Héctor Ricardo Munilla contra la Caja de Seguros de Vida S.A., actualmente denominada Caja de Seguros S.A., por incumplimiento de contrato de seguro de vida colectivo. Para resolver del modo en que lo hizo, la primer sentenciante consideró: (a) que la denuncia del siniestro no cumplió con los requisitos necesarios para considerarla idónea, atento que no acompañó el actor los estudios médicos, ni la historia clínica requeridos en el texto mismo del formulario de denuncia; (b) que la aseguradora guardó silencio ante la denuncia del siniestro realizada por parte del asegurado (art. 56 LS); (c) que independientemente de la validez que se le otorgue a la denuncia formulada por el actor y la carga de la aseguradora de pronunciarse en los términos del art. 56 LS, el reclamo no puede ser admitido porque los efectos del contrato se hallaban interrumpidos a raíz de la desvinculación laboral del asegurado, configurándose así un supuesto de ?no seguro? expresamente excluido de la cobertura de la póliza; (d) que aún soslayando ese impedimento, la acción tampoco debe prosperar atento que el actor no logró acreditar el grado de incapacidad alegado -el daño-. (e) que amén de todo ello, la denuncia fue mal cursada, habiendo debido el actor efectuarla ante la aseguradora aquí demandada y no ante su ex empleadora -Ejército Argentino- como realizó. II. El recurso. (i) La decisión dejó insatisfecha al actor quien expresó sus agravios a fs.806/815, los que fueron contestados por la demandada en fs. 820/ 826. Criticó que la a quo rechazara el riesgo asegurado entendiendo que el actor denunció el acaecimiento del siniestro después de producido el cese de sus funciones. Afirmó que la fecha del cese de actividades y la de la denuncia si bien pueden relacionarse con la prescripción de la acción, no deben incidir en la existencia de riesgo que merece cobertura. Resaltó que lo que interesa a los fines de situarlo en el período de garantía es que la aparición del hecho generador de la reparación haya tenido lugar durante el plazo de vigencia de la póliza, independientemente del momento que se efectúe la denuncia; dado que, generalmente no es posible que los beneficiarios del seguro puedan denunciar el siniestro el mismo día que dejaron de trabajar, sino que deben realizar ciertos trámites -retirar el formulario oficial de denuncia de la Caja, pedir turno a médicos, someterse a las revisiones, etc.- que impiden que la comunicación del riesgo sea inmediata. Cuestionó la interpretación de la primer sentenciante al considerar que la solicitud del beneficio de incapacidad total y permanente debió haberse presentado ante la aseguradora y no ante su ex empleadora como lo hizo. Consecuentemente, afirmó que en tanto la denuncia resultó plenamente eficaz y que la aseguradora no se pronunció en tiempo y forma, por aplicación del art. 56 de la Ley de Seguros cabía tener por operada la aceptación tácita del siniestro. En cuanto al grado de incapacidad atribuido al asegurado, afirmó que no debe juzgarse por los principios del derecho laboral. Indicó que en caso de revocarse la sentencia de grado, a la suma pactada debía adicionársele los intereses con más su desvalorización monetaria correspondiente, planteando la inconstitucionalidad del art. 10 de la ley 23.928, de la ley 25.561 y del art. 5 del dec-ley 214/02. Reclamó la reparación del daño moral y del daño punitivo previsto en el art. 52 bis de la ley 24.240, encuadrando la relación de autos en el derecho de consumo. (ii). Cursada vista en esta instancia a la Sra. Fiscal de Cámara, ésta se pronunció en el sentido de rechazar el planteo de inconstitucionalidad (v. fs. 829/830). III. La solución. A) Trataré a continuación los argumentos vertidos por la recurrente, tratando en primer lugar aquellos dirigidos a revocar la sentencia en punto a la procedencia de la acción intentada, y en segundo lugar, en caso de proceder, los destinados a determinar el monto por el que en definitiva habría de progresar la acción promovida. No sin antes precisar que solamente he de ponderar las pruebas colectadas en la causa que a mi criterio considere pertinentes y conducentes para formar en mi ánimo la convicción suficiente a los fines de fundar mí voto. Esto, por cuanto los jueces no están obligados a ponderar una por una y exhaustivamente todas las pruebas agregadas en la causa, sino sólo aquellas que estime conducentes para fundar sus decisiones (Fallos, 274:136; 280:320, esta Sala causa 33.425 del 15/5/2012, entre otros), ni deben imperativamente, tratar todas las cuestiones expuestas o elementos utilizados que a su juicio no sean decisivos (Fallos, 258:304; 262:222 entre otros) es que la falta de valoración del medio probatorio o argumento en concreto, sólo ha de significar la insuficiencia del mismo como para variar el alcance del fallo (conf. esta Sala, causa 26772 del 25/10/2012, entre otros). B) Preliminarmente, he de señalar: 1) Se ha dicho que: en materia

de contrato de seguro es necesaria la interpretación orgánica del contrato a los efectos de establecer la intención de las partes, las circunstancias que rodearon su celebración y la finalidad económica de la conducta posterior de las mismas, en cuanto tienen relación con las posteriores divergencias surgidas entre ellos. Es así, que los arts. 1374, 555, 1204 y 1198 Cód. Civ., se orientan a mantener incólume el equilibrio de las prestaciones e imponer la vigencia de la moral, las buenas costumbres y el principio de la buena fe en las instituciones del derecho. Principio este último, el de buena fe, que reviste especial gravitación a la hora de la celebración del contrato de seguro, su interpretación y ejecución, todo conforme la directriz de actuarse de acuerdo con lo que verosímilmente las partes entendieron o pudieron entender, obrando con cuidado y previsión- art. 1198 del Cód. Civil-. Cabe precisar que en mérito al principio que rige en materia de seguros -buena fe- no puede asignarse a una cláusula un alcance distinto del que le daría un lego, condición que corresponde en este caso asignar al asegurado. Es que, el asegurado tiene derecho a una protección responsable, desde que la confianza, como principio ético, impone un inexcusable deber de honrar esas expectativas. Su ruptura importa la contravención de los fundamentos que sustenta el sistema en su conjunto, y consecuentemente turba la seguridad del tráfico negocial.

2) El seguro colectivo de vida, es por su naturaleza, un contrato en favor de un tercero ya que sus integrantes o sus beneficiarios tienen un derecho propio contra el asegurador desde que ocurre el siniestro previsto (art. 153 de la ley 17.418). Esta modalidad de contratación -estipulación a favor de un tercero (art. 504 del Cód. Civil)- establece una relación de cobertura en beneficio del asegurado y/o beneficiario, que por el nexo se transforma contractualmente en acreedor de la prestación principal pactada?, siendo acreedor del contrato y no de la obligación en sí misma. Se celebra entre un asegurador y un tomador o contratante o estipulante, que solicita, concierne y suscribe el contrato y es el tenedor de la póliza, persistiendo su figura durante toda la vida del contrato, cumpliendo una función principal tanto en las relaciones existentes con los componentes o asegurados, como con el asegurador. Por lo que -en principio- la aseguradora no tiene relaciones directas con los componentes del grupo, pues los contratantes son únicamente el asegurador y el tomador, aunque los derechos derivados del contrato corresponden al asegurado o su beneficiario desde que ocurre el evento previsto- ley 17.418 (CNCom., Sala A, in re: ? Gulero, Roberto v. La Buenos Aires Cía de Seguros S.A., del 17/ 9/1985).

3) En el caso no se encuentra controvertido que: i) el actor trabajó en el Ejército Argentino en la categoría de Suboficial Principal, en la especialidad Oficinista, hasta diciembre de 1999, cuando se desvinculó mediante el régimen de retiro voluntario, contando a la época con una antigüedad de 33 años en la fuerza -conforme recibo de haberes fs.701-; ii) que mientras se desempeñó en la misma se hallaba incorporado al Seguro de Vida Colectivo -póliza?- contratado por dicha fuerza con la Caja de Seguros de Vida S.A. con vigencia desde 01-04-96 (v. pericia contable fs. 203 vta. pto. c. e informe de la Contaduría General del Ejército de fs.700) la que incluía una cobertura por el riesgo de incapacidad total y permanente; iii) tampoco, que conforme el art. 21 inc. e de las Condiciones Generales de la Póliza ? es obligación del principal -el empleador del actor- comunicar mensual y regularmente las altas y bajas del personal asegurado y toda otra variante atinente al seguro, enviando la documentación correspondiente. En el caso, el actor figura en los listados analíticos que remitió la Contaduría General del Ejército, efectuando el último descuento bajo el concepto de prima de seguro en los haberes correspondientes al mes de Diciembre de 1999 (v pericia contable de fs. 203 vta. Pto. d, e informe de la Contaduría General del Ejército de fs. 700).

C) Sentado ello, corresponde dar respuesta al agravio de la actora en lo que refiere a ante quién debía ser presentada la denuncia de siniestro, y en su caso el efecto de la presentación en razón de la aplicación del art. 56 de la LS. En este sentido, el actor sostiene haber notificado correctamente a la aseguradora al presentar el respectivo formulario de denuncia ante su ex empleadora, lo que a los fines de contar con una comunicación fehaciente efectuó a través del servicio de correo privado OCA. Y que por lo tanto, ante el silencio incurrido por la aseguradora es de aplicación el art. 56 de la L.S., importando esa conducta la aceptación tácita del siniestro, por lo que procede -a su entender- la cobertura en cuestión. Adelanto que ha de proceder el agravio en cuestión.

1) En efecto, de las constancias de la causa tengo por acreditado que el actor presentó ante su ex empleador el respectivo formulario de denuncia de incapacidad el día 26-02- 2001, a través del servicio que presta la empresa de Correo Privado OCA, ver informe de fs. 335. Denuncia que entiendo correctamente dirigida ?ante su ex empleador-, ya que en el contexto de vinculación diseñada por la propia aseguradora en el marco de la póliza de seguros Nro. ?, la intervención de la ex empleadora en su carácter de principal y tomador del seguro se encontraba así previsto (ver art. 21 de las Condiciones Generales de la Póliza, de fs.38). En tal sentido, en el inc. b) de la cláusula adicional de incapacidad total y permanente se indica que para comprobar la incapacidad del beneficiario, éste debe denunciar por escrito la existencia de la incapacidad por medio de su principal, presentando las constancias de comienzos y causas que determinaron la incapacidad, así como facilitar cualquier comprobación mediante requisitos médicos por facultativos de la Caja. Actividad que resulta consecuente con las obligaciones que pesaban sobre el principal, y que se encuentran debidamente acreditadas en autos por la pericia contable, como resulta ser la de comunicar mensual y regularmente las altas y bajas del personal asegurado y toda otra variante atinente al seguro, enviando la documentación correspondiente. Entiendo que tal esquema resulta razonable en orden a facilitar que la prestación del asegurador sea rápida y oportuna, atento que de la claridad de los términos de la póliza no se permite

inferir otra conducta esperable por parte del actor que la de entregar la denuncia del siniestro al principal, situación por lo que no es dable pretender que actúe de un modo distinto al diseñado por la misma aseguradora. Es por lo que la denuncia efectuada resultó plenamente eficaz para el comienzo del cómputo de los plazos previstos por los arts. 46, 49 y 56 de la ley de seguros. 2) Por lo que, tratándose de un supuesto de seguro de persona, resulta aplicable el párrafo segundo del art. 49 L.S. en cuanto establece expresamente que el pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro, o de acompañada, si procediera, la información complementaria del art. 46, en sus párrafos segundo y tercero; es decir, el asegurador debe dentro del plazo señalado pagar la indemnización pretendida o declinar la responsabilidad si así lo considera. Es que los seguros de personas y los seguros de daños patrimoniales se diferencian, en punto al cómputo del plazo para la exigibilidad del pago, en que mientras los primeros su cómputo es a partir de los quince días de la notificación del siniestro; en los segundos, su cómputo es vencido el plazo del art. 56, a los quince días de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida. Esto, en razón de que en los seguros de persona, el legislador, en vista de la finalidad de este tipo de seguro, ha puesto el acento en que la prestación de la aseguradora sea rápida y oportuna. En ambos casos de seguros, a partir de la denuncia, nace para el asegurador el derecho de requerir -y la carga del asegurado de suministrar- toda la información necesaria para verificar el siniestro y determinar la extensión de la eventual indemnización a su cargo permitiéndole llevar a cabo todas las indagaciones que fueran del caso conforme párrafos segundo y tercero del art. 46 L.S. y consecuentemente, la obligación legal de expedirse -art. 56 L.S.- bajo la sanción de interpretarse -la omisión- como lisa y llana aceptación de la pretensión indemnizatoria del asegurado. 3) En esa línea, siendo que en el caso la aseguradora no se pronunció, no ya vencido el plazo del art. 49 de L.S., sino que en el mejor de los casos el establecido por el art. 56 L.S. computados desde la comunicación del siniestro, sin que hubiese en tiempo oportuno ejercido su derecho de requerir información alguna- a los fines de verificar el siniestro, como ser requerir la agregación o realización de los estudios médicos y/o revisiones medicas pertinente y, en su caso, de corresponder, determinar la eventual extensión de la indemnización- sin que se hubiese pronunciado sobre la procedencia de la indemnización solicitada es que procede a tenor del juego armónico de los arts. 46 -párrafo segundo y tercero-, 49 -párrafo segundo- y 56 de L.S. tener por configurada la aceptación tácita de la indemnización pretendida por omisión de pronunciarse. Este deber de pronunciarse tiene el carácter de una carga, ya que la ley castiga el silencio de la compañía durante el plazo legal con la presunción iuris et de iure de aceptación de las consecuencias del siniestro por parte de esta última. Mención aparte, la argumentada ausencia de operatividad del art. 56 de la LS por la anterior sentenciante carece -a mi entender- de sustento fáctico y legal en el presente caso. Esto por cuanto la denuncia del evento se encuentra claramente enmarcado en el contexto de la vigencia de la póliza ?, la que específicamente incluye la cobertura por el riesgo de incapacidad total y permanente, cobertura por otra parte que no se encontraba limitada a que la misma fuera producto de la actividad que desarrollara para el principal conforme las Condiciones Generales de la misma. Pues bien, analizados los antecedentes de autos a la luz de las precisiones conceptuales precedentemente efectuadas, no puede sino concluirse, cualquiera fuese el prisma desde el cual la cuestión sea interpretada, que la compañía de seguros demandada no se pronunció en tiempo oportuno en relación al derecho del asegurado (cfr. arts. 46, 49 y 56 de la L.S) por lo que corresponde tener por aceptado el siniestro denunciado por el actor. En síntesis, he de concluir que ante el silencio de la aseguradora -art. 56 de la ley 17.418- hubo aceptación tácita de la pretensión de indemnización formulada, procediendo en consecuencia la acción promovida por el actor. En consecuencia he de proponer a mis distinguidos colegas la estimación del recurso del actor revocando la sentencia recurrida en esta parte. D) Establecida la exigibilidad del pago al asegurado por parte de la Compañía Aseguradora en razón del siniestro corresponde establecer el capital a percibir, por el asegurado. 1) No sin antes, dejar sentado, que el momento para determinar la eventual extensión del daño quedó agotado en la oportunidad prevista por el juego armónico de los arts. 46, 49 y 56 de la L.S. como en el apartado precedente se estableciera. Cabe señalar, que en el presente caso, teniendo la demandada la posibilidad de haber ejercido el derecho de requerir la información necesaria para verificar el siniestro, y en su caso determinar el eventual grado de incapacidad del asegurado, nada realizó en tal sentido. Es por lo que no corresponde en esta instancia judicial, reabrir una cuestión zanjada al producirse la aceptación tácita. Esto, por cuanto lo aceptado tácitamente no puede escindirse en lo concreto, sin desdibujar la finalidad de la norma. De modo que la misma abarca en forma integral, sin cortapisa, a la totalidad de la pretensión de indemnización, con la única limitación que naturalmente surge de la propia formulación por parte del asegurado de la comunicación del siniestro. 2) Pero aun en el supuesto de entenderse que corresponde fragmentar o escindir la aceptación del siniestro de la extensión, entiendo que en este caso con la pericia psiquiátrica resulta convicción suficiente para tener por acreditado la incapacidad total y permanente alegada por el actor. En ese orden, cabe señalar que como principio la cláusula por incapacidad total o permanente que requiere ?la imposibilidad del trabajador para realizar cualquier tarea remunerada?, debe interpretarse en sentido flexible y no literalmente. Así, lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia de la Nación al decir que, a los fines de determinar la incapacidad total y permanente por imposibilidad de realizar otra tarea remunerada, no procede ceñirse a parámetros abstractos ni fórmulas matemáticas, pues es preciso tomar en

consideración las circunstancias personales del damnificado, la gravedad de las secuelas y los efectos que éstas puedan tener con respecto a su actividad actual, y a su vida de relación (C.S.J.N. en ?Toscano c/ Provincia de Buenos Aires s/ daños y perjuicios?, del 7.2.95; íd, ?Morette c/ Y.P.F. s/ cobro de pesos?, del 23.8.88). Es así que de la pericia psiquiátrica de fs. 410/416 surge, en relación al Sr. Munilla, que ?...el Actor exhibe un cuadro depresivo de intensidad moderada a grave, casi melancólico, el cual ha cronificado, pudiendo encuadrarse como Depresión Mayor Reactiva a Situaciones Vivenciales en Periodo de Estado, de intensidad Moderada a Grave...correspondiendo de acuerdo a dicho estado clínico...una incapacidad del SETENTA POR CIENTO (70%) TOTAL Y PERMANENTE...?, ?...El cuadro es de intensidad moderada a grave, ya que incapacita al Actor prácticamente para todas sus actividades?. (v. fs. 411). Conclusión que a mi entender no resulta invalidada por la circunstancia de derivarse de una situación personal y/o familiar, ya que la referida limitación no ha sido expresamente fijada en las condiciones generales de la póliza en cuestión. Siendo que, por otra parte, las ideas recurrentes de carácter suicida, más allá del ámbito de su derivación, claramente resultan incompatibles con su reinserción laboral, a la vista de su trayectoria -33 años- en una fuerza militar, aún desempeñándose en el área oficinista. 3) Ingresando al tema, reclamó el actor el capital asegurado de \$? en concepto de indemnización de la póliza en cuestión. Al respecto, la perito contadora (fs. 203/205), dictaminó que: ?...el capital asegurado es una suma fija que surge del texto de la póliza y asciende para la jerarquía del actor a \$...? (ver fs. 204 pto. g) y que: ?...en el listado analítico informado por el Principal correspondiente a Diciembre/99 surge que la prima descontada al actor es de \$? y el capital asegurado de \$...- Se destaca que del mencionado listado no surge el sueldo del Sr. Munilla Héctor Ricardo? y que: ?...El importe del capital asegurado informado por el Principal en el listado analítico mencionado en b) es de \$...?(ver fs. 204vta. Pto. c y d). En igual sentido el consultor técnico de la parte actora a fs. 208 informó que: ?Según el texto copia de la póliza para Suboficial Mayor corresponde un capital Asegurado de \$...-, no obstante lo cual el listado del principal informa un capital asegurado de \$...- y una prima de \$?, no constando el sueldo del actor.? Por lo que propongo a mis distinguidos colegas admitir el capital asegurado en la suma de \$... Que habiendo la accionada incurrido en mora automática por falta de pago del siniestro en los términos del art. 51 L.S. corresponde establecer el pago de intereses sobre el capital desde la fecha de mora -20/3/2001- y hasta su efectivo pago, calculados según la tasa activa BNA sin capitalizar (cfr. C.N.Com, en pleno, in re: ?Calle Guevara Raúl s/ revisión de plenario?, 25/08/03 y C.N.Com. en pleno, in re ?Sociedad Anónima La Razón s/ quiebra s/ inc. de pago a profesionales? del 27/10/94). 4) Bajo el rubro daño moral, el asegurado reclama que la falta de cumplimiento de la aseguradora le produjo un padecimiento influyendo desfavorablemente en su carácter, comportamiento personal y estado anímico dado que una incapacidad como la suya le imposibilita trabajar y por lo tanto obtener ingresos económicos. Aun cuando se sostuviera que dentro de la órbita de la responsabilidad contractual -como la presente- prima un criterio restrictivo en materia de reparación del daño moral (cfr. Llambías, J.J., ?Tratado de Derecho Civil-Obligaciones?, T.I, p.353; Cazeaux- Trigo Represas, ?Derecho de las Obligaciones?, 2da. Ed. T.I., p.382; Cichero, ?La reparación del daño moral en la reforma de 1968?, ED. 66-157; Borda, ?Tratado de Derecho Civil-Obligaciones?, T.I, p.195, nro.175, ed.1979.) no puede dejar de valorarse que en casos como el presente se pretende la satisfacción de la obligación proveniente de un contrato de seguro colectivo de vida e incapacidad llamado a cumplir una función asistencial. Es por lo que debe considerarse que lo que está en juego son los sentimientos de las personas y no la suerte del negocio; es decir, no la angustia propia del mundo de los negocios, por lo que no puede aplicarse el mismo criterio de estrictez que rige para el comerciante (conf. C.N.Com, Sala A, in re: ?Rodríguez, Victor Arilio c/ Caja de Seguros de Vida S.A.? del 6.4.10). Es por lo que tengo para mí que el actor debió sufrir padecimientos, por la falta de contar con la indemnización debida, que habrán de haber afectado sus más profundos sentimientos. Es en este contexto que cabe tener por acreditado el daño y la relación de causalidad con el hecho en cuestión. Ahora bien, no puedo dejar de advertir las faltas de mayores elementos en la causa para establecer un quantum como el peticionado por el actor. Es así que habré de establecer el ítem en cuestión conforme lo prescribe el art. 165 del CPCC en la suma de pesos ? (\$?) a la fecha del dictado de la presente sentencia, suma a la que deberá adicionarse intereses calculados a la tasa establecida en el acápite precedente y desde la fecha de la sentencia hasta su efectivo pago. 5) En lo que respecta al agravio formulado por el actor en relación a la desvalorización monetaria, el mismo corresponde ser desestimado. Esto por cuanto el pedido de inconstitucionalidad formulado carece de argumento que conmueva la legalidad y razonabilidad de las normas atacadas. Por lo que corresponde desestimar el pedido de actualización de la deuda reclamada, a tenor de lo dispuesto por la ley 23.928, cuya vigencia ha sido mantenida conforme la ley 25.565. 6) Por último, no se advierte que en el presente caso aun en el supuesto de encuadrarse en el marco de la ley 24.240, pudiera prosperar la reparación del daño punitivo reclamado. Esto por cuanto este instituto se encuentra condicionado por la existencia de una conducta reprochable, su aplicación es de carácter excepcional y de naturaleza restrictiva, y sólo procede cuando se incumplen obligaciones con dolo, culpa grave, malicia o cuando el comportamiento importe un desprecio inadmisibles (López Herrera, Los daños punitivos, pág. 17 y ss. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2008). El resarcimiento de daños punitivos requiere, entonces, la verificación de dos (2) extremos: un elemento subjetivo de dolo o culpa grave y un elemento objetivo, representado por

el enriquecimiento indebido de quien causo el daño. No habiendo el actor acreditado tales extremos -ante incumplimiento contractual de la demandada-, no corresponde más que desestimar el agravio. E) Por los argumentos expuestos, si mi criterio fuera compartido por mis distinguidos colegas, corresponderá estimar parcialmente los agravios del actor, y en consecuencia, revocar la sentencia de grado haciendo lugar a la demanda promovida por la suma de de \$?, en concepto de capital asegurado y la suma de \$? en concepto de daño moral, en ambos casos con más sus intereses, conforme la pauta fijada en el acápite d) pto 3. Desestimar los agravios por la moneda de pago y desvalorización y rechazar la inconstitucionalidad planteada. En cuanto a las costas, corresponde imponer las de ambas instancias a la accionada vencida (cfr. Art. 68 del CPCCN). Por análogas razones, los Señores Jueces de Cámara Doctores Julia Villanueva y Juan R. Garibotto adhieren al voto anterior. Con lo que termina este Acuerdo, que firman los Señores Jueces de Cámara, Doctores Julia Villanueva Juan R. Garibotto Eduardo R. Machin Rafael F. Bruno Secretario Buenos Aires, 30 de abril de 2013. Y vistos: Por los fundamentos del Acuerdo que antecede, se admite parcialmente el recurso de la actora y se revoca la sentencia de grado haciendo lugar a la demanda promovida por la suma de de \$?, en concepto de capital asegurado y la suma de \$? en concepto de daño moral, en ambos casos con más sus intereses, conforme la pauta fijada en el acápite d) pto 3. Asimismo, se desestima el agravio de la actora en los que hace a la moneda de pago y desvalorización y se rechaza la inconstitucionalidad planteada. En cuanto a las costas, corresponde imponer las de ambas instancias a la accionada vencida (cfr. Art. 68 del CPCCN). Notifíquese por Secretaría. Machin Villanueva Garibotto Ante mí:

Rafael F. Bruno Es copia del original que corre a fs. de los autos que se mencionan en el precedente Acuerdo. Rafael F. Bruno Secretario Correlaciones: "Prieto, Néstor Miguel c/Caja de Seguros de Vida SA s/ordinario" - Cita digital: Cám. Nac. Com. ? Sala C - 27/02/2013