

## Contrato De Seguro Riesgos Y Extension De Cobertura Apreciacion Literal Improcedencia De Interpretacion Analogica

### JURISPRUDENCIA

literal. Improcedencia de interpretación analógica las previsiones contenidas en el contrato.

Contrato de seguro. Riesgos y extensión de cobertura. Apreciación literal. Se desestima la acción, atento a no entrar la incapacidad determinada en

En Buenos Aires, a los 30 días del mes de junio de dos mil quince reunidos los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos para conocer los autos seguidos por: ?SOSA CARLOS c/ CAJA DE SEGUROS S.A. s/ORDINARIO?, en los que según el sorteo practicado votan sucesivamente los jueces Ángel O. Sala y Miguel F. Bargalló. Se deja constancia que intervienen solamente los Señores Jueces antes nombrados por encontrarse vacante la restante vocalía (R.J.N., art. 109). Estudiados los autos, la Cámara plantea la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada de fs. 401/406? El Juez Ángel O. Sala dice: I. La sentencia dictada en la anterior instancia, a cuyos considerandos me remito, desestimó la acción por incumplimiento de contrato de seguro de vida colectivo incoada por CARLOS SOSA contra LA CAJA DE SEGUROS S.A. El juez a quo explicó que procede examinar en primer término si se configuró la incapacidad prevista en la póliza -y, por ende, el riesgo cubierto-, correspondiendo, así, el pago del seguro. Indicó que, en tal caso, se examinaría la suma adeudada de conformidad con lo acordado. Sostuvo que no está cuestionado que el accionante era beneficiario de la relación asegurativa que entre la demandada y ?Siderca?. Juzgó que la existencia del siniestro debe ser ponderada conforme el marco de la póliza ... en tanto quedó acreditado que el cambio de las condiciones de la póliza fue notificado al actor (v. pericial contable, fs. 307 vta.). Recordó que se desprende de dicha póliza que la comprobación de la incapacidad estaba a cargo de la aseguradora, debiendo concederse el beneficio cuando se evidencie un grado de incapacidad ?física total, permanente e irreversible? -el riesgo asegurado-. Explicó que el alcance de tal término debe ser interpretado en sentido flexible y no literal, siendo preciso considerar las circunstancias personales del damnificado, la gravedad de las secuelas y los efectos en su actividad y vida; no puede caracterizarse de un modo puramente abstracto. Agregó que la jurisprudencia en la materia ha mantenido cierta uniformidad en cuanto a la tasa de incapacitación que corresponde valorar como ?total?; en base a ello, consideró ajustado a derecho que la incapacidad total queda perfeccionada desde la observación de un mínimo del 66%. Advirtió que el actor no acreditó la configuración del riesgo asegurado en tanto la pericial médica reveló una incapacidad del 58,28% de la tal obrera, por: a) limitación del aparato locomotor imputable a artrosis, y b) hipoacusia bilateral con acúfenos. Destacó que el dictamen no fue cuestionado por la actora sino sólo por la defendida. Las explicaciones brindadas por el perito a fs. 359, señalan que la incapacidad indicada había sido lograda mediante el Baremo de la Seguridad Social (ya que Sosa se había acogido al beneficio jubilatorio pero el cálculo surgido del Baremo Gral. del fuero civil revela una incapacidad final del 42,4%); agregó el experto que el menoscabo por artrosis no es homologable a la pérdida anatómica (amputación) de los miembros. Concluyó el Sentenciante que, a la luz de la pericial médica, el siniestro amparado no se produjo. Finalmente, consideró irrelevante a los fines de la litis el dictamen del perito psiquiatra (en el sentido de que el actor padecía una incapacidad del 25% de la total) puesto que calificó a la disminución de ?parcial y transitoria? y, además, no fue ocasionada por el trabajo. II. La actora apeló la decisión a fs. 411 y fundó su recurso con la expresión de agravios glosada a fs. 432/9, cuyo traslado fue respondido por la contraparte a fs. 444/7. Sintéticamente, Sosa cuestiona el encuadre que el a quo dio al reclamo dado que se omitió el tratamiento de aquellas objeciones realizadas a la póliza en razón de tratarse un contrato de adhesión que fue modificado unilateral y abusivamente por la aseguradora, lo que derivó en su desnaturalización al haberse impuesto un detalle taxativo de enfermedades cubiertas y pasó por alto que el objeto del acuerdo fue la cobertura de la incapacidad total del beneficiario. Explica que, ponderando todas las enfermedades (físicas y psíquicas) que padece se comprueba que está totalmente incapacitado pero, sin embargo, el a quo prescinde de la pericial psiquiátrica lo que redundaría en una absurda reducción del grado de incapacidad. Solicita se apliquen la LDC al haberse modificado unilateral y abusivamente tal cláusula que desnaturalizó la obligación de la aseguradora. Agravia la aplicación y validación de la cláusula 820, porque si bien el asegurador no está obligado a cubrir todas las incapacidades es insoslayable que la tabla prefijada restringe al máximo las posibilidades para que se habilite el pago del beneficio pactado. Agrega que, según los términos de la pericial médica, sufre una incapacidad del 58,28%, suficiente para admitir la pretensión -conforme con los precedentes que citó el mismo fallo-, siendo que -además- debe adicionarse la incapacidad del 25% que detectó el perito psiquiatra. III. Cabe recordar, inicialmente, que el actor reclamó la suma de \$ ... , a raíz de la incapacidad total y permanente que padece desatendida por la aseguradora. Argumentó el pretensor que el contrato de seguro que lo vinculó con la demandada se enrola dentro de los denominados ?de adhesión?, por lo que no tuvo posibilidad de negociar sus cláusulas, limitándose a suscribir la póliza y consentir la

retención de salarios para el pago de las primas. Explica que la razón de ser de la póliza era contar con una indemnización al momento de salir de la fábrica incapacitado, pero la aseguradora, unilateralmente, introdujo cláusulas abusivas que se apartan de la intención al contratar -listado de enfermedades taxativas-, solicitando se declare su nulidad. La demandada, por su parte, justificó el rechazo del siniestro en que no quedó configurado el riesgo cubierto determinado en la cláusula 820 arts. 1º y 2º, destacó -además- que deben ponderarse las "exclusiones específicas", entre las que se incluye las "patologías psiquiátricas y/ psicológicas" -(punto d).). La sentencia de grado acogió la defensa, con fundamento en que: a) no se comprobó un grado incapacidad total y permanente, pues de acuerdo con lo que surge de la pericial médica no se alcanza el 66% y b) deben excluirse del cálculo del grado de incapacidad los padecimientos psicológicos pues son "parciales y transitorios" y, además, no se originaron por la actividad laboral del actor. Asiste razón al recurrente en el sentido de que el fallo de grado no trató los planteos relacionados con la vigencia de ciertas cláusulas que -a su criterio- son abusivas. No obstante, ello no implica necesariamente el acogimiento de su reclamo, conforme se desarrollará a continuación. No existe cuestionamiento acerca de las conclusiones del perito médico sobre la incapacidad permanente que presenta el actor dada la sumatoria de incapacidades parciales -por limitaciones del aparato locomotor e hipoacusia perceptiva y acúferos- que alcanzan el 58,28% (si se toma el baremo de la seguridad social) o 42,40% (meritando el general del fuero civil). A su vez, el perito psiquiatra detectó una incapacidad del 25%. Corresponde decidir si las incapacidades referidas constituyeron el objeto del contrato de seguro de autos y por lo tanto el riesgo asegurado pasible de ser abonado por parte de la aseguradora. Para ello procede examinar si, tal como adujo el accionante, son abusivas las condiciones del contrato que fijan un listado taxativo, abarcador tanto de las enfermedades cubiertas como aquellas excluidas. Consta en las condiciones particulares de la póliza que el "Objeto del seguro y riesgos asegurados [son]:...Cobertura: cláusula adicional de incapacidad física total, permanente e irreversible taxativa..." -entre otros- (fs. 41). Así, la cláusula 820 fijó las "exclusiones específicas": "Además de las exclusiones que establece el artículo 18 -exclusiones- de las condiciones Generales de la cobertura básica, quedan excluidas de la cobertura que otorga esta cláusula las consecuencias de: a) Enfermedades -y sus secuelas- que hubieran sido contraídas antes de la entrada en vigencia de la presente cobertura, manifestada a través de diagnóstico concreto o no, b) enfermedades profesionales, c) serología positiva para el HIV con cuadro clínico asintomático, d) patologías psiquiátricas y/o psicológicas". El art 1º detalla el "Riesgo Cubierto" (fs. 6/67). El art. 2 especifica aquellas enfermedades que, de modo único y exclusivo, pueden producir la incapacidad física total, permanente e irreversible cubierta en el contrato y establece expresamente que " ...se excluye de esta cobertura cualquier otra incapacidad que no se manifestase por alguna de las establecidas en el presente artículo, aun cuando se la haya calificado en proceso administrativo o judicial como total permanente e irreversible y aunque correspondan a una enfermedad del trabajo o hayan dado lugar al otorgamiento de beneficios jubilatorios por invalidez o con motivo de la norma contenida en el art. 212 de la ley 20.744 (To 1976)" (fs. 67/68). Agrega el art. 3º que si el asegurado padeciera algunas de las distintas incapacidades parciales físicas permanentes e irreversibles -que se detallan puntualmente-, sólo se considerará que es "total, permanente e irreversible" cuando la sumatoria supere el 66% de la capacidad física del asegurado (fs. 68/69). En el caso no hay duda alguna, a mi juicio, que existió un supuesto de "exclusión de cobertura" para la incapacidad denunciada. Es que, conforme con las condiciones particulares de la póliza, los padecimientos del accionante acreditados en autos no configuran el riesgo cubierto en tanto se originaron en enfermedades excluidas (padecimientos psicológicos) y en dolencias que no fueron detalladas en el listado taxativo de enfermedades cubiertas (limitación del aparato locomotor por artrosis no homologable a pérdida anatómica de miembros e hipoacusia). De este modo, se configura en el sub-lite así un supuesto de "no seguro" o "no garantía". Es el asegurador quien determina el riesgo cubierto limitando así la prestación pactada, asume un riesgo "mediato y limitado" (Halperín, "Seguros", Ed. Depalma, 1986, Tº II, p. 506/7). La cobertura debe ser individualizada y precisada ya sea en forma "positiva" por las limitaciones del riesgo asumido o en forma "negativa" por la enumeración de exclusiones. Tales exclusiones o limitaciones deben ser formales e individualizadas, de ahí la ineficacia de las cláusulas generales o indeterminadas y debiéndose estar, en caso de duda, por la obligación del asegurador en tanto se encuentra en mejores condiciones para fijar precisamente y de modo indubitado la extensión de su obligación asumida. (Halperín, ob.cit. p. 542/3). El asegurador manifiesta explícitamente en la póliza su voluntad de no cubrir el riesgo excluido, el mismo está, formalmente, fuera de la garantía otorgada (Stiglitz, "Derecho de Seguros", Tº I, ed.La Ley, 2004, p. 542). La enumeración de los riesgos y la extensión de la cobertura debe apreciarse literal o restrictivamente por lo que no es admisible la interpretación analógica ni extensiva de la póliza para determinar (ampliar o restringir) el riesgo asegurado; es que extender la garantía produciría un desequilibrio en el conjunto de las obligaciones y, más específicamente, en la necesaria relación de equivalencia entre riesgo y prima. La delimitación del riesgo acota el objeto del contrato y no puede ser considerada abusiva ya que las partes acuerdan sobre la materia sobre la que se contrata (Stiglitz, p. 223/4, ss). El recurrente impugna -de modo genérico- la cláusula de exclusión de riesgo. Alega que la delimitación del riesgo que formuló la aseguradora es abusiva pues su intención fue contratar una cobertura frente a un supuesto de incapacidad total y permanente. Sin embargo, lo expuesto no es fundamento

suficiente para admitir la pretensión de Sosa. Sabido es que las denominadas "cláusulas abusivas" imponen un desequilibrio significativo, entre los derechos y cargas del asegurado y las del asegurador, en perjuicio del primero; son aquellas por las cuales se desnaturaliza la relación de equivalencia en detrimento del asegurado, amplían las ventajas en favor del asegurador o aligeran o suprimen sus cargas y, en consecuencia, se presenta un agravamiento de las obligaciones del asegurado sin contrapartida alguna. Por tal desequilibrio -relevante, manifiesto o significativo- la empresa obtiene una significativa prerrogativa sobre el asegurado sin fundamento que lo justifique (Sitiglitz, ob.cit., p. 473/4). El mero hecho de que la convención en cuestión haya sido suscripta "por adhesión" o que contenga cláusulas predispuestas por uno de los contratantes, no le resta naturaleza convencional, pues -conforme lo sentenciado por esta sala en otras oportunidades- la falta de negociaciones previas sólo motiva una forma especial de aceptación, que se aparta de los esquemas tradicionales; y, que el hecho de que se hubieran formulado cláusulas por una de las partes, en tanto no se alegue, en concreto, que resultan lesivas o que afectan los principios del art. 953 del Código Civil, no es por sí solo admisible como reproche, cuando no se cuestiona sino de modo dogmático, genérico y general el contrato (esta sala, "Gordovil, José A. c/ American Express Argentina S.A." del 26.08.98 JA 1987-IV-479; "Banco Bansud SA c/ Meledy Alicia Susana", del 30.10.07; "Chevez, Gabriel E. c/ Volkswagen S.A. de Ahorro p/fines determinados", del 11.05.10, entre otros). En efecto, si no concurren vicios de la voluntad del contratante que las acepta, ni lesionan preceptos o principios generales del derecho (arts. 502, 953, 954, 1071, 1198, Cód. Civil) -debiendo comprobarse, particularmente si, en efecto, significan una desnaturalización de los fines del contrato- la circunstancia de que las cláusulas impugnadas fueran estipuladas en un contrato de adhesión no es motivo suficiente para justificar su nulidad. Valoro además que, el modo en que se redactó la cláusula en cuestión impide la generación de dudas en el asegurado en cuanto a la extensión de la garantía. Destaca la póliza que la cobertura es "de incapacidad física total permanente e irreversible taxativa" (fs 41) y luego la cláusula 820 describe -de forma clara y sin ambigüedades- cuáles son las enfermedades incapacitantes cubiertas y cuáles no, destacando -además- que no estarán amparadas aquellas omitidas en el listado detallado. Tampoco hay elementos que permitan inferir la desnaturalización de las obligaciones de la aseguradora en perjuicio de la accionante. Aun frente a la hipótesis de que por su posición dominante una de las partes pueda imponer condiciones, ello no es revelador del abuso sancionado por la ley (CNCCom., sala B, "Miyazaki, Mitsumasa c/ Telecom Personal S.A.", conf. voto del Dr. Bargalló, del 28.04.2009). Para que esto último ocurra, es menester una actuación deliberada a través de cláusulas destinadas a perjudicar al contrario, a establecer relaciones desiguales o inequitativas, inducir a error a la contraparte con la intención de obtener un beneficio desmedido a expensas o en perjuicio de la otra (esta Sala, "Conosud S.A. c/ Refinerías de Maíz S.A.I.C.", del 28.11.08, "Palma Comunicaciones S.R.L. c/ Telecom Personal S.A.", del 19.10.10). No debe soslayarse, además de lo expuesto, que la delimitación del riesgo cubierto -a la luz de las estadísticas y el análisis financiero- permite a las aseguradoras fijar técnicamente los valores de la prima. Y esta ecuación no puede pasarse por alto, al tiempo de generar y ofrecer tal contrato, pues hace al giro empresarial de la actividad aseguradora. En el sub-lite, no quedó comprobado que el cobro de la prima mensual del 0,47 por mil resultara excesiva o desproporcionada de conformidad con el objeto del contrato. Es así que la cláusula que delimitó el riesgo cubierto en el contrato de marras, si bien fue inserta en un contrato de adhesión concluido entre un empresario y un particular, no resulta abusiva, gravosa o lesiva de los derechos de este último, tampoco entraña una ventaja exclusiva para el primero ni importa un desequilibrio de los derechos y obligaciones de las partes; razón por la cual no debe reputarse inválida. Consecuentemente, al no entrar la hipótesis en las previsiones contenidas en el contrato, el asegurador no se halla obligado a garantizarlo y corresponde entonces desestimar la queja del accionante. IV. Por las consideraciones expuestas propongo al Acuerdo rechazar el recurso interpuesto por el actor y confirmar la sentencia de grado, con costas al demandante, en virtud del principio objetivo de la derrota (CPr. 68). Así voto. El Señor Juez de Cámara, Miguel F. Bargalló dice: Comparto los fundamentos vertidos por el Señor Juez preopinante por lo que adhiero a la solución por él propiciada. Voto, en consecuencia, en igual sentido. Con lo que termina este Acuerdo, que firman los Señores Jueces de Cámara doctores Ángel O. Sala y Miguel F. Bargalló. Ante mí: Francisco J. Troiani. Es copia del original que corre a fs.....del libro nº 35 de Acuerdos Comerciales, Sala "E". FRANCISCO J. TROIANI SECRETARIO DE CÁMARA Buenos Aires, 30 de junio de 2015. Y VISTOS: Por los fundamentos del acuerdo precedente, se resuelve: rechazar el recurso interpuesto por el actor y confirmar la sentencia de grado, con costas al demandante, en virtud del principio objetivo de la derrota (CPr. 68). Notifíquese a las partes por cédula a confeccionarse por Secretaría. Comuníquese (cfr. Acordada C.S.J.N. Nº 15/13). ÁNGEL O. SALA MIGUEL F. BARGALLÓ FRANCISCO J. TROIANI SECRETARIO DE CÁMARA 003964E