

Cobertura De Seguro Retiro Voluntario Grado De Incapacidad Dano Punitivo Improcedencia

DOMINGO, 10 DE ENERO DE 2021

JURISPRUDENCIA

Cobertura de seguro. Retiro voluntario. Grado de incapacidad. Daño punitivo. Improcedencia Se admite el recurso de apelación y se revoca la sentencia apelada. En la ciudad de Mendoza, a los doce días del mes de octubre, reunidas en la Sala de Acuerdo de esta Excma. Primera Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributario de Mendoza las Dras. Alejandra Orbelli, Silvina Miquel y Marina Isuani trajeron a deliberar para resolver en definitiva los autos N° 535/51.662, caratulados: ?ALBORNOZ ANGEL ANTONIO C/ NACION SEGUROS S.A. P/ CUEST. DERIV. CONTRATOS DE SEGURO?, originarios del Segundo Tribunal de Gestión Judicial Asociada en lo Civil, venidos a esta instancia en virtud del recurso de apelación interpuesto por la actora a fs. 323, 318/322. La causa quedó en estado de resolver a fs. 379. Practicado el sorteo de ley, se estableció el siguiente orden de estudio: Doctoras Orbelli, Miquel e Isuani. En cumplimiento de lo dispuesto por los arts. 160 de la Constitución Provincial y 141 del C.P.C., se plantearon las siguientes cuestiones a resolver. Primera cuestión: ¿Es justa la sentencia apelada? Segunda cuestión: costas. Sobre la primera cuestión propuesta la doctora Alejandra Orbelli dijo: I. En la primera instancia la Jueza a quo rechazó la demanda deducida en autos por Ángel Antonio Alborno contra Nación Seguros S.A., impuso costas y reguló honorarios. Entendió como no acreditado el acaecimiento del siniestro dentro del plazo de cobertura, atento a lo previsto por la cláusula 12° de la póliza, que excluye expresamente de la cobertura del seguro a quien se acoja al retiro voluntario. Relató que el actor había contratado la póliza en cuestión, que amparaba el riesgo incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente para el asegurado y para su cónyuge, con vigencia desde 01/11/ 2003 (fs.84/5), pactándose como riesgo cubierto el estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, que no le permita al asegurado desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que el mismo haya continuado ininterrumpida-mente por tres meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad. A su vez, tuvo acreditado que el mes de octubre de 2007 fue el último trabajado por el actor. Para decidir así, tuvo en cuenta la copia de la Resolución 331/07 acompañada por la demandada, que declara en situación de retiro voluntario al Sr. Alborno a partir del 01/11/2007 (fs. 97), y el bono de sueldo correspondiente a octubre de 2007 acompañado por la actora. Ponderó que ésta no se expidió en contrario al contestar la vista de fs. 237/8, ni aportó prueba que desvirtuara lo anterior. Hizo hincapié en las cláusulas de la póliza ?, según las cuales: - Son asegurables los empleados del contratante que se encuentren en servicio activo (art. 2) - El seguro de cada asegurado quedará rescindido en caso de retiro voluntario del empleo (Art. 12, inc. b) y - Se presume que el asegurado ha renunciado a continuar con el seguro cuando no se le efectúe el descuento de la prima. Al cesar el servicio activo puede mantenerse la póliza, pero sólo en la cobertura de muerte (art. 13) Luego entró en la valoración de los medios probatorios producidos en la causa: Certificado odontológico de fecha 14/10/08; certificado de incapacidad efectuada por la Dra. Sanfurgo del 30/10/2008; certificados de Unidad Coronaria de fechas 27/05/08 y 01/06/08. Atenciones médicas del 06/06/08,16/05/08 y 27/06/08 Sesiones de FKT de setiembre de 2008 Hemogramas y estudios tiroideos de junio y agosto de 2008 Tuvo como relevante la a quo, que la única evidencia anterior a la fecha de cese es un estudio cardiovascular que indica ?Esclerosis de válvula aórtica? de fecha 14/02/2006. Luego, apreció que el actor efectuó la denuncia sobre la incapacidad ante la aseguradora el 18/02/09, casi un año y medio después del cese del servicio, y que la aseguradora contestó requiriéndole que se someta a evaluación médica y acompañe documentación, (CD del 27/02/09) y posteriormente rechazó la cobertura solicitada porque el Sr. Alborno no presentaba afecciones con jerarquía invalidante que alcancen el 66,66% (CD del 17/04/09) Interpretó la juzgadora, que la actividad probatoria de la actora debió dirigirse a mostrar que en el mes de octubre de 2007 la incapacidad ya se había configurado y sin embargo, no aportó documentación médica anterior, ni sometió al perito médico las preguntas que permitirían inferir tal circunstancia. Acotó la preopinante que el Sr. Alborno tampoco aportó evidencia sobre el uso de licencias por enfermedad anteriores al cese de actividad, que hubieran permitido inferir que la incapacidad ya existía. Por otra parte, entendió que la demandada no incumplió con el 56 de la ley 17. 418, en razón de estarse en ante un supuesto de no seguro. Explicó que el riesgo está clara-mente excluido ?ab initio?, en mérito a lo expuesto ut supra. Precisó que el principio in dubio pro consumidor no resulta de aplicación al caso, ello así, dado que los términos de la póliza analizada no dejan lugar a dudas. Mencionó que la actora ha pretendió la aplicación de la LDC pero planteó que haya cláusulas abusivas o nulas II. A fs. 355/359 funda el recurso la actora apelante. Denuncia la existencia de una valoración errónea de la prueba rendida y del derecho aplicable, en la sentencia de grado. Supone una apreciación errónea de la prueba

pericial, en relación con la cuestión relativa a si la incapacidad se configuró durante la vigencia de la póliza. Se agravia en razón de la determinación de que no se encontraba vigente el seguro al momento de configurarse el siniestro, fundado en prueba informativa de estudios y certificados médicos. Alega que la a quo no realizó una valoración integral de la totalidad de las pruebas rendidas. En concreto, refiere a los siguientes elementos de prueba incorporados a la causa: - Instrumental de fs. 106 que informa que el actor en 2.006 presentaba ?Esclerosis de Válvula Aórtica?, la que califica como prueba fundamental. - Historia Clínica de fs. 108, extendida por el médico de Gendarmería Nacional en el 2.005, informando la patología de Tiroides, encontrándose el actor bajo medicación de Lebotiroxina 88 mg y la patología de Hipertensión Arterial, por un motivo de consulta de dolor precordial y disnea de esfuerzo. - Controles de fs. 111, 113 y 117. - Declaraciones de fs. 121 y 122, por el médico auditor del demandado, en las cuales se informa: ?Hernioplastia Inguinal? en el año 1.996 y ?Colecistectomía" en el año 2.002 (fs. 121) y antecedentes de la enfermedad actual, ?Hipertiroidismo? desde el 2.002 y en 2.006 se descompone y lo afecta al corazón (fs. 122) - Certificados médicos de fs. 132 y 133 que acreditan ?Flebotrombosis? en Junio y Julio del 2.007. Sostiene que en dichas pruebas se asienta la demostración de que la Incapacidad Total y Permanente del actor se configuró durante la vigencia de la póliza que lo amparaba hasta el 01/11/2.007. Agrega que de dichas patologías, la tiroidea y la cardiaca son las que configuran mayor grado de incapacidad - informe médico de fs. 3: Hipertiroidismo 50 %, Hipertensión Arterial 50 % y Estenosis Válvula Aórtica 40 %- de las cuales las dos primeras configuran por sí mismas la Incapacidad Total y Permanente del actor. Advierte que la demandada consignó como único motivo del rechazo del beneficio, que no presentaba afecciones con jerarquía invalidante que alcance el 66,66 %. En segundo lugar, se agravia lo decidido respecto de que no le asiste al actor el derecho previsto en el art. 56 de la Ley de Seguros, por tratarse de un caso de no seguro. Esgrime que la cuestión no fue invocada por la demandada, por lo cual no debería haber entrado en su análisis. Manifiesta que la aseguradora omitió pronunciarse sobre el derecho del asegurado y/o requerirle mayor información complementaria, conforme lo dispuesto en el art. 46 de la Ley de Seguros, en tiempo y forma. Señala que el actor cumplió con su carga de entregar la información complementaria que le fue exigida en fecha 11/03/2.009 (acta de concurrencia de fs. 119), mientras que la empresa omitió pronunciarse por más de treinta días, cuando recién en fecha 17/04/2.009 rechazó el siniestro mediante carta documento de fs. 152, una vez vencidos los treinta días del art. 56 L.S. y los quince días del art. 6 de la póliza (fs. 68). Aduna que la referencia del a quo respecto de la tesis intermedia sostenida por la Suprema Corte de Justicia de Mendoza, según la cual el art. 56 de la Ley de Seguros no rige en los casos de ausencia de cobertura respecto de riesgos claramente excluidos ?ab initio?, dolo del asegurado o imposibilidad material del asegurador de determinar la exclusión en el plazo previsto legalmente, no se aplica en el caso, por cuanto no se ha configurado la existencia de ninguno de los tres supuestos. Cita jurisprudencia III. A fs. 361/363 contesta el traslado la demandada, solicitando el rechazo del recurso de apelación impetrado, por los fundamentos que expone, a los cuales remito en honor a la brevedad. IV. La solución. a.-En las presentes actuaciones tenemos que el actor reclamó a Nación Seguros S.A. el pago de la suma correspondiente al capital asegurado por el beneficio de incapacidad total y permanente por enfermedad en virtud del seguro de vida colectivo contratado con Gendarmería Nacional. Indicó que sus dolencias fueron evaluadas por la Dra. Alejandra Sanfurgo conforme los antecedentes médicos y estudios efectuados de la siguiente manera: ?hipertiroidismo (50%); pérdida de piezas dentarias (46%); hipertensión arterial (50%); estenosis válvula aórtica (\$ 40%); epicondilitis codo izquierdo (2 %).- La juez de grado luego del análisis de la prueba acompañada y rendida concluye por el rechazo de la demanda por entender que el actor no ha demostrado que la incapacidad alegada se encontraba configurada en el mes de octubre (cuando el actor se encontraba en servicio activo) y todavía no se había acogido al beneficio del retiro voluntario. Sin perjuicio de ello, continúa la juez de grado en su sentencia analizando si le asiste derecho a la actora porque la compañía de seguros demandada no invocó el no seguro en el plazo del Art. 56 de la L.S.. Concluyendo que la demandada no incumplió con el Art. 56 de la L.S. pues entiende que no se trata de un no seguro o no garantía. Por ello y en función del argumento expuesto corresponde tratar en primer lugar este razonamiento de la sentencia y en función de ello se decidirá la suerte del recurso en trato. No desconozco como bien señala la apelante en su expresión de agravios que la aplicación del Art. 56 de la L.S. no fue invocada en la demanda, sin embargo por ser un argumento dirimente de la sentencia de grado, y en consecuencia motivo de agravio del apelante será tratado a continuación. De las constancias de autos surge que para fecha 11/03/09, el actor cumplió con su carga de brindar la información complementaria solicitada por la compañía de seguros. Sin embargo la demandada omitió, durante más de treinta días pronunciarse acerca de su derecho y el 17/04/09, rechazó el siniestro por carta documento, según obra a fs. 152. Con respecto a la aplicación del artículo 56 de la L.S. debo decir que la jurisprudencia local ha sentado posición en lo atinente a la interpretación del art. 56 de la Ley de Seguros. Al hacerlo, ha seguido la posición de la Suprema Corte de Justicia, que reconocía que existen tres posturas relativas a la aplicación del ya citado precepto, cuando se está ante un supuesto de ?no seguro? (véase: S.C.J. Mza., 21/12/95, causa Nro. 57.997, caratulada: ?Triunfo Coop. de Seg. Ltda. en J:...?. En doctrina: Kemelmajer de Carlucci, Aída, El silencio del asegurador frente a la denuncia del siniestro, en Derecho de Seguros, Homenaje de la

Asociación Argentina de Derecho de Seguros al profesor doctor Juan Carlos Félix Morandi, Coord. Barbato, Hammurabi, Bs. As., 2.001, pág. 193). De acuerdo con lo sentado en el fallo ?Triunfo?, una de esas tesis, considera que las situaciones excluidas de la cobertura escapan al régimen del art. 56 L.S. La segunda sostiene que se aplica el artículo de mención sin distinguir entre supuestos de exclusión o de caducidad. La tesis ?intermedia?- a la que la Suprema Corte de Justicia adheriría - propugna atender en la aplicación de la regla estudiada a las particularidades del caso. Para esa última tesis, el artículo citado rige también para los supuestos de ausencia de cobertura, ?salvo que el asegurado pretenda indemnización por riesgos manifiestamente excluidos de la cobertura, o ab initio claramente excluidos, o si medió dolo del asegurado, o si el asegurador no tuvo posibilidad material de determinar la exclusión en el plazo previsto por la norma (L.S. 262-359 sentencia del 21/12/95, L.L.1996-D-182). Esa posición fue sostenida por nuestro Máximo Tribunal hasta el año 2.013 ya que en los autos n° 108.459 caratulados ?Federación Patronal Seguros S.A. en j. 100.784/36.550 Barragán Ricardo G. y ots. c/ Reynaga Ricardo E. y ots. p D.y P.s/ inc. cas?., el Dr. Alejandro Pérez Hualde dijo:?...No obstante lo expuesto, un nuevo análisis del tema propuesto, me lleva a considerar que la aplicación del Art. 56 de la L.S. resulta ineludible en todos los casos, con independencia de la cláusula que se trate (exclusión o caducidad). Agrega el preopinante que ?...Asiste razón a la sentencia recurrida cuando tiene en cuenta el profesionalismo con el que operan las compañías de seguro. En efecto, conforme a la organización empresarial altamente especializada con las que operan las aseguradoras, la obligación de pronunciarse en todos los casos frente al riesgo asegurado no resulta abusiva, más allá de la naturaleza de la cláusula que se trate. ?Tal exigencia resulta conteste para asegurar la igualdad de las partes del contrato. Más allá de las particularidades propias que presenta el contrato de seguro, no cabe duda que el mismo entraña un cúmulo de derechos y obligaciones para ambas partes. En tal sentido frente al deber que tiene el asegurado o tomador del seguro de denunciar el siniestro (arts. 46 y 47 de la L.S), la ley establece como contracara de ese deber, la obligación de la aseguradora de pronunciarse al respecto y frente al silencio, entiende la aceptación del riesgo (art. 56 L.S).? El art. 56 de la L.S establece el deber de la aseguradora de pronunciarse dentro de los 30 días de recibida la información que el art. 46 le exige al asegurado, y contempla que la omisión de pronunciarse importa la aceptación. Tal imposición constituye una carga a observarse en el plazo legal que opera como deber a ejecutarse en el marco de un contrato de seguro en etapa de ejecución y ante la denuncia de un siniestro (Stiglitz, Rubén, ?Notas sobre cuestiones relativas al contrato de seguro? L.L 2011-E, 1206). Entiende el mismo que ?La interpretación literal de la norma, no lleva a la distinción entre cláusulas de caducidad y cláusulas de exclusión, sino que impone un deber imperativo ?debe pronunciarse?. En función de ello el Dr. Pérez Hualde concluye que? la exigencia de la aplicación del art. 56 de la L.S. aún a los supuestos de exclusión de cobertura es la que mejor respeta los principios precedentemente aludidos, sobre todo, el de buena fe. Si se le acepta a la compañía aseguradora la inclusión en la póliza, en forma unilateral, de cláusulas de exclusión, también debe exigírsele la mayor diligencia en el cumplimiento del deber de comunicación que le impone la normativa específica.-? b.- Si bien esta Cámara ha tenido oportunidad de pronunciarse sobre el tema en estudio, los argumentos vertidos en el fallo reseñado, nos impone realizar una nueva consideración sobre el tema. Por ello y aplicando los conceptos vertidos al recurso en trato entiendo que la compañía de seguros debía pronunciarse dentro del plazo establecido por el art 56 de la L.S., máxime cuando el actor había acompañado toda la documentación complementaria solicitada por ella. Con lo cual se concluye que ante la falta de pronunciamiento, ha quedado aceptado el siniestro reclamado por el actor. Reitero en autos ha quedado acreditado que la compañía de seguros no rechazó el siniestro frente a la comunicación efectuada por el asegurado, por lo que tal omisión constituye un reconocimiento implícito de la garantía, lo que me releva de considerar si el actor ostentaba el grado de incapacidad parcial y permanente superior al 66%, antes de acogerse al beneficio del retiro voluntario. c.-Si bien en razón de la conclusión a la que he arribado carece de sentido profundizar sobre la fecha de producción del siniestro, ya que el mismo quedó aceptado por la de-mandada, me referiré a la misma y al porcentaje de incapacidad acreditado por el actor. Debo recordar que se ha sostenido que el contrato de seguro constituye un contrato por adhesión, ya que su contenido (póliza) es predispuesto en forma anticipada y unilateralmente por el asegurador, mediante condiciones generales uniformes aplicables a todos los contratos que celebre en el ramo; mientras el asegurable sólo puede decidir entre adherir en bloque a las condiciones generales de la póliza o no contratar (Compani; María Fabiana, ?El contrato de seguro y la protección del consumidor?, en Picasso Sebastián y Vázquez Ferreyra Roberto, ?Ley de defensa del consumidor comentada y anotada?, La Ley, Buenos Aires, 2.009, T. II p. 438). Por otro lado, no hay dudas de que el contrato de seguros es un contrato de consumo al que por mandato constitucional (art. 42 CN) le resultan aplicables las disposiciones de la Ley 24.240 (SCBA ?Vega Pérez c. Coll S 2003-VI-137, Stiglitz, Rubén ?derecho de Seguros? 5ta Edición, tomo II p. 51). Esta realidad torna operativas las normas referidas al principio in dubio pro consumidor, la garantía de información veraz y suficiente, la garantía de indemnidad, la nulidad de cláusulas abusivas (arts. 2, 3, 4, 5,8 y 37 Ley 24.240). Incluso con anterioridad a la sanción del Código Civil, ya se instaba a efectuar en casos de este tipo, ante la duda, una interpretación a favor del adherente. Esa alternativa tenía sustento no sólo en las características de la contratación sino, también, en la contemplación de la finalidad tuitiva que tienen los seguros colectivos,

de su naturaleza alimentaria y de la función social que los mismos están destinados a cumplir (Stile, Enrique M., Seguro colectivo de vida, Publicado en: R C y S 2006, 107). Además invariablemente se ha sostenido que el contrato de seguro debe ser considerado como de "uberrima bona fidei", lo que exigen que en ambos polos los sujetos se conduzcan con la misma lealtad y colaboración, en todas las etapas del desenvolvimiento de la contratación (art. 7 CCC; arts. 3 y 1.198 Cód Civ. En doctrina Kemelmajer de Carlucci, Aída La buena fe en la ejecución de los contratos, Revista de Derecho privado y Comunitarios-Responsabilidad contractual II, 1998, págs. 272-274). Según el contrato que unió a las partes, la Compañía debería conceder el beneficio estipulado al Asegurado "cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres (3) meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia del seguro y antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad..." (fs.66). La cláusula no exige que la incapacidad se denuncie por el beneficiario con anterioridad a que el mismo cumpla la edad límite o previo a la fecha en que se produzca la extinción del contrato. Ninguna interpretación restrictiva puede por otra parte llevar a defender un criterio semejante. La determinación efectuada por la médica certificante a fs. 3, se remota a la afección cardíaca que data del año 2006, época en que el actor prestaba servicios en Gendarmería Nacional. El certificado médico acompañado si bien se ajusta a lo dispuesto por el Art. 192 último apartado del C.P.C. en forma mínima, debe ser considerado a los fines acompañados porque se compadece con los restantes elementos del juicio ponderados. Al respecto la jurisprudencia ha dicho: "el dato a tener en cuenta para resolver estos conflictos es la fecha en la que se produjo la incapacidad y no la fecha en que el accionante tomó conocimiento de ella (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, sala E, Pérez, Alfonso Bonifacio c. SMG Seguros de Vida S.A. s/ ordinario - 22/05/2014, La Ley Online, Cita online: AR/JUR/32011/2014). Bien se ha dicho a la vez en supuestos análogos 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 secuelas y los efectos que éstas puedan tener con respecto a su actividad actual, y a su vida en relación". En tal sentido, agrega el fallo que cito que el sentenciante debe atenerse a lo que resulta de la prueba pericial, y sólo puede apartarse de la opinión fundada del perito idóneo si se basara "en argumentos objetivos que demostraran que la opinión del experto se encuentra reñida con principios lógicos y máximas de experiencia o que existieran en el proceso elementos probatorios de mayor eficacia para provocar convicción sobre los hechos controvertidos" (Loreto Barceló, Avelino c/Caja de Seguros SA s/Ordinario? Tribunal: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial - Sala F, Fecha: 19-06-2014, Cita: IJ-LXXII-399). Por ello entiendo que corresponde hacer lugar a la pretensión del actor fijando el monto de la reparación pretendida en la suma de \$ 56.923,08, calculada al 31 de octubre de 2.007. En función de la naturaleza alimentaria del crédito, al monto fijado deberá adicionarse desde la fecha fijada y hasta su efectivo pago, el interés calculado a la tasa activa fijada en el plenario "Aguirre" y a la que proceda aplicar a partir del 01/08/2015 fecha de entrada en vigencia del Código Civil y Comercial de la Nación (Art. 768 inc. c). d.-A continuación trataré el reclamo por daño moral formulado por el actor en su demanda.- d.-El Art. 522 del Código Civil dispone que "en los casos de indemnización por responsabilidad contractual el juez podrá condenar al responsable a la reparación del agravio moral que hubiere causado, de acuerdo con la índole del hecho generador de la responsabilidad y las circunstancias del caso". La doctrina especializada sostiene que el alcance restrictivo de la reparación a partir de la redacción del artículo citado merece un margen de razonabilidad y especialmente en las relaciones de consumo no procede su aplicación dogmática, afirmándose, incluso, que el agravio moral frente al incumplimiento del proveedor en las relaciones de consumo surge por se resultando innecesaria su prueba específica, mereciendo una apreciación autónoma que no tiene por qué guardar relación con el daño patrimonial. (RITTO, Graciela B., "El daño moral contractual y la defensa del consumidor", DJ21/12/2011, 1; GHERSI, Carlos, "Las relaciones en el derecho del consumo especialmente la responsabilidad y el daño moral?", LLC 2013 (marzo), 133) Se ha dicho que, para que resulte procedente la reparación moral, es necesario considerar la repercusión que la acción dañosa provoca en la persona afectada. Las molestias, así como los reclamos extrajudiciales o la necesidad de accionar judicialmente para obtener el reconocimiento de su derecho indemnizatorio, no constituyen daño moral: para que así sea, es menester alegar y probar -razonablemente- la modificación disvaliosa del espíritu, del querer o sentir de la supuesta damnificada para, así, admitir tal rubro indemnizatorio (conf. CNCom., Sala A, 16.11.2006, "Bus Domingo Gabriel c/ Transportes Metropolitano General Roca S.A. "; id. id. 06.12.2007, "Valiña, Carlos c/Mercantil Andina Cía de Seguros S.A). Es que el agravio moral importa una lesión a las afecciones legítimas: entre otras, la paz, la tranquilidad de espíritu, la libertad individual, el honor, la integridad física, los afectos familiares, aunque no cualquier inquietud o perturbación del ánimo derivados de la privación de bienes materiales son suficientes para justificarlo (conf. CNCom. Sala B, 12.08.06, in re: "Katsikaris, A. c/ La Inmobiliaria Cía.de Seguros s/ ordinario". El daño moral existe cuando se lesionan derechos de las personas que son extraños a valores económicos y su reparación tiene un carácter resarcitorio y no meramente sancionatorio o ejemplar, pues lo que se trata de lograr a través de la

indemnización, es una compensación que, en alguna medida, morigere los efectos del agravio moral sufrido (conf. CNCom., Sala A, 16.11.2006, in re: "Bus. ", citado supra; id. id., 06.12.2007, in re: "Valiña. ", citado supra;). Como consecuencia de lo expresado, la reparación del agravio moral, derivado de la responsabilidad contractual queda librada al arbitrio del juez, quien libremente apreciará su procedencia. Sin embargo, se debe conceder con cierta estrictez y es a cargo de quien lo reclama su prueba concreta. Lo cierto es que aun partiendo del criterio estricto de interpretación en materia de responsabilidad contractual que, por lo demás, y siguiendo la tendencia mayoritaria de la doctrina, se desdibuja en el Código Civil y Comercial de la Nación que unifica el tratamiento de la función resarcitoria de la responsabilidad civil, incluyendo lo atinente a las consecuencias no patrimoniales (Art. 1.741), en materia de daño moral no siempre es posible producir una prueba directa sobre el perjuicio causado, pues la índole espiritual y la subjetividad del menoscabo suele ser insusceptible de tal forma de acreditación. Zavala de González enseña que en tal situación nadie sostiene que la prueba del daño moral debe versar sobre lágrimas vertidas, ni que se requiera un peritaje psicológico para acreditar la efectiva alteración espiritual del afectado. Es decir, por propia naturaleza de aquel, es especial-mente idónea una evaluación presuncional: a partir de contextos fácticos que permitan inferirlo, acordes con patrones de regularidad y normalidad de la vida (ZAVALA DE GONZÁLEZ, M., "El proceso de daños y estrategias defensivas", Rosario, Juris, 2006, pág. 241). Ahora bien, teniendo en cuenta el carácter alimentario y tuitivo de las prestaciones emergentes del seguro colectivo en cuestión, y analizado el caso con la flexibilidad característica del derecho del consumidor. Indudablemente, existen varias circunstancias que permiten tener por configurado el daño moral reclamado por el Sr. Alborno; el mismo incumplimiento de la aseguradora, sumado a la reiteración de la cobertura comprometida, para rechazarse nuevamente la misma. Luego, el actor se vio forzado a iniciar un proceso judicial para obtener la efectivización de su derecho. De allí, puede extraerse con facilidad que el daño moral ocasionado al actor se configuró y debe, por ello, ser indemnizado, debiendo cuantificarse en el monto peticionado, es decir, el 15 % del capital de condena (15 % de \$ 56.923,08 = \$ 8.538), a la fecha de la sentencia de grado.- Los intereses se computarán en este rubro desde el 17 de abril de 2009 (fs. 14) y hasta el 7 de mayo de 2015 (fs. 318/22 vta.), a la tasa prevista por la ley 4087; desde allí y en adelante, hasta el momento de satisfacción íntegra del crédito, se calcularán los accesorios conforme la tasa activa que a cada período corresponde, según lo determinado en el rubro anterior. e.-Para concluir y siguiendo el criterio fijado por esta Cámara en los autos n° N° 1.011/51.646, caratulados ?Bazán Sebastián A c/ Nación Seguros S.A. p/ cuestiones deriv contrato de seguros? (23/03/16), y N° 6.778/51.248, caratulados ?Moyano, Norma del Valle c/ Nación Seguros S.A. p/ cuest. Deriv. contrato de seguros? (02/07/2015), considero pertinente el daño punitivo solicitado por el actor.- El artículo 52 bis de la LDC prevé que se podrá aplicar este tipo de multa pecuniaria al proveedor que no cumpla sus obligaciones legales o contractuales con el consumidor, a instancia del damnificado. La punición, como es sabido, persigue en estos casos sancionar graves inconductas del demandado y prevenir la producción de hechos similares hacia el futuro. En tales términos, la imposición se graduará, según la previsión aludida, en función de la gravedad del hecho y demás circunstancias del caso, independientemente de otras indemnizaciones que correspondan. La Suprema Corte provincial ha resuelto que: ?constituyen requisitos de la aplicación del daño punitivo los siguientes: incumplimiento del proveedor de sus obligaciones legales o contractuales; petición por la parte perjudicada; la graduación de la sanción se realizará en función de la gravedad del hecho y demás circunstancias; la pena es independiente de otras indemnizaciones que pudieran corresponder; responden por la multa civil de manera solidaria todos los integrantes de la cadena de comercialización y distribución, sin perjuicio de las acciones de regreso que correspondan? (Sala I, 1/6/2015, causa n° 13-02123682-3((012174-11376701)), caratulada: ?Viviendas Mendoza S.R.L. en J° 3523/50467 Ibazeta Gajardo, Claudio Blas Robinson c/ Constructora Monteverde, Viviendas Mendoza S.R.L. p/ Rescisión de contrato p/ Recurso Ext. de Inconstitucionalidad?). Por aplicación de estas reglas, tengo en consideración la innegable la gravedad que comporta que un asegurador no cumpla lo pactado en torno a un contrato de seguro que tiene todas aquellas especiales características ya mencionadas. Además la accionada cuenta con una estructura empresarial de envergadura y altamente especializada, extremos que no permiten justificar yerros o dilaciones del tipo que han sido enunciadas en el desarrollo del presente. La conducta desplegada por la aseguradora configura una grosera negligencia cometida por la compañía en perjuicio del asegurado, en condiciones que avalan el acogimiento de la sanción por él perseguida. Así las cosas, si mi opinión es compartida, el daño punitivo deberá prosperar por la suma de pesos quince mil (\$ 15.000), calculada a la fecha de la sentencia de primera instancia, con más el interés que oportunamente se indicó al tratar el primer rubro- tasa activa- computado desde la data anteriormente establecida y hasta su efectivo pago. Por todo ello y si mi voto es compartido propiciaré hacer lugar al recurso en trato y en consecuencia revocar la sentencia en crisis. Así voto. Las doctoras Miquel e Isuani adhieren, por sus fundamentos, al voto que antecede. Sobre la segunda cuestión la Dra. Alejandra Orbelli dijo: Las costas correspondientes a la alzada deberán ser soportadas por la demandada vencida. Así voto. Los doctores Miquel e Isuani adhieren, por sus fundamentos, al voto que antecede. Con lo que se dio por concluido el presente acuerdo, dictándose sentencia, la que en su parte resolutive dice así: SENTENCIA: Mendoza, 12 de octubre de 2016. Y VISTOS: Por lo que resulta del

NOTIFÍQUESE Y BAJEN.	Dra. ALEJANDRA ORBELLI	Juez de Cámara	Dra. SILVINA MIQUEL	Juez de
Cámara	Dra. MARINA ISUANI	Juez de Cámara	011973E	