

## Contrato De Seguro Seguro De Vida Colectivo Incapacidad Total Permanente Interpretacion

### JURISPRUDENCIA

Contrato de seguro. Seguro de vida colectivo. Incapacidad total.

Permanente. Interpretación Se rechaza la demanda por cobro de pesos interpuesta por la asegurada en un seguro de vida colectivo, pues no logró acreditar que el siniestro ?las enfermedades descriptas-, hayan acontecido mientras el seguro se encontraba vigente.

En Buenos Aires, a 12 de abril de 2016, se reúnen los Señores Jueces de la Sala D de la Excelentísima Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial de la Capital Federal, con el autorizante, para dictar sentencia en la causa ?VALLEJOS GRISELDA contra: CAJA DE SEGUROS S.A. sobre ordinario?, registro n° 11.572/2007, procedente del JUZGADO N° 25 del fuero (SECRETARIA N° 50), en los cuales como consecuencia del sorteo practicado de acuerdo con lo previsto por el art. 268 del Código Procesal, resultó que debían votar en el siguiente orden, Doctores: Dieuzeide, Vassallo, Heredia. El señor Juez Pablo D. Heredia no interviene por hallarse en uso de licencia (RJN 109). Estudiados los autos la Cámara planteó la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada? A la cuestión propuesta, el Señor Juez de Cámara, Doctor Dieuzeide dijo: 1. Que corresponde entender en el recurso de apelación interpuesto por la parte actora contra la sentencia definitiva dictada en fs. 610/622 que rechazó la demanda. Los fundamentos de los agravios fueron expuestos en fs. 718/731 y contestados por la demandada en fs. 739/743. a) Los antecedentes del caso fueron adecuadamente descriptos en la sentencia apelada, no obstante lo cual considero adecuado recordar que el objeto mediato de la pretensión era obtener el cobro de pesos que surgiera de las pruebas a producirse por el cumplimiento de un seguro de vida colectivo de la cónyuge, la actora resultaba beneficiaria de un seguro de vida contratado por Gendarmería Nacional. La póliza cubría el riesgo de incapacidad total y permanente como así también el de fallecimiento, siendo abonada por el esposo de la actora a través del descuento de haberes mensuales. Señaló la actora que empezó a atenderse en diversas instituciones a raíz de las siguientes afecciones: I) Mama derecha (+) vac. pieza operatoria/carcinoma ductal infiltrante con predominio del componente intraductal de tipo comedonico, con extensión intralobuliliar de carcinoma ductal que contacta con el borde posterior. II) Linfadenitis crónica reactiva en los nueve ganglios aislados y estudiados. III) Médula ósea levemente hipocelular con cambios megaloblastoides-informe citológico: aspecto citológico de carcinoma. IV) Psiquismo alterado, depresión, varices bilaterales, afección columnaria, estado depresivo reactivo, astenia generalizada, baja autoestima, deterioro en el funcionamiento de las funciones cognitivas. Marcó que se encontraba en constante tratamiento médico y psiquiátrico, y quedó su capacidad psicofísica afectada en un grado muy alto. b) La sentencia de la anterior instancia rechazó la demanda, para lo cual sostuvo que ciertamente no medió controversia sobre la contratación por parte de la Gendarmería Nacional -donde el esposo de la actora prestaba servicios de un seguro colectivo cónyuge instrumentado mediante la póliza n° ..., ni de que la actora sería la beneficiaria de la indemnización prevista en la póliza en caso de padecer incapacidad total y permanente. Sin embargo, señaló el señor juez de la anterior instancia que en la solicitud del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente acompañada por la Sra. Vallejo (copiada a fs. 42) constaban las dolencias exhibidas por la actora en aquél momento y que fueron determinadas por la junta médica laboral, pero de la comparación de las dolencias contenidas en el formulario mencionado con las descriptas en la demanda y en su ampliación, se reveló que en las últimas presentaciones se excedieron ampliamente las informadas en la primera ocasión. Sostuvo el magistrado que del dictamen realizado por el Dr. Héctor Freilij al momento de denunciar el siniestro, surge como diagnóstico un ?Cáncer de mama derecha sin compromiso ganglionar? y determina sobre ese diagnóstico una incapacidad del cuarenta y cinco por ciento (45%), y que aun cuando al realizarse el informe pericial médico de fs. 534/536 la Dra. Szober indicó las patologías que detectó en la actora al momento de la pericia, haciendo constar la documentación y los estudios médicos sobre los que fundó su diagnóstico y de los que resulta de fs. 535 vta./536 donde se determinó una incapacidad del 20% por Mastectomía total unilateral, realizada el 15.02.2002; una incapacidad del 5% por plaquetopenia crónica; una incapacidad del 40% por necrosis aséptica del fémur izquierdo, grado III diagnosticada el 28.04.2010; y una incapacidad del 56% por disminución de la agudeza visual bilateral detectada según consulta oftalmológica realizada el 20.04.2010. El señor Juez ?a quo? concluyó que a excepción de la Mastectomía total unilateral, la perito médica determinó las afecciones halladas en la actora conforme a estudios complementarios realizados con posterioridad a la formulación del primer reclamo ante la aseguradora, omitió aquella probar que la configuración del siniestro previsto en la póliza es que su alegado estado de incapacidad total y permanente se produjo por enfermedades o patologías originadas durante la vigencia de su seguro antes de cumplir los sesenta y seis (66) años de edad. Por lo tanto rechazó la demanda. c) La parte actora formuló las siguientes críticas: I) Que el señor Juez de grado fundó su decisión en el informe del doctor Freilij, médico rentado de la demandada, quién aludió una

incapacidad del 45% refiriendo sólo a lo físico, sin contar con las afecciones psíquicas, ni las dolencias relacionadas al cáncer de mama ni al tratamiento de quimioterapia. Asimismo mencionó el concepto y las consecuencias de la "pancitopenia". II) De lo que se puede inferir del agravio reseñado como número II, surge que el apelante también se quejó respecto de que la falta de respuesta de una carta documento no implicó un reconocimiento de los hechos. Luego de esta crítica la recurrente le dedicó varias fojas de su expresión de agravios a la descripción y definiciones de distintas patologías y sus respectivos tratamientos. III) La tercer crítica referida como "quinto agravio", consistió en que el señor juez "a quo" indicó erróneamente que en el formulario de reclamo indemnizatorio no se han nombrado las afecciones de la actora, pese a que del mismo se desprende que: la fecha de inicio de las enfermedades fue el 03.09.02, el diagnóstico principal de la enfermedad que la incapacitó era Cáncer (carcinoma) y que le practicaron una mastectomía axilar y luego quimioterapia. IV) Que en la sentencia de la instancia anterior se hayan fijado de manera errónea las fechas de presentación del reclamo indemnizatorio y su correspondiente rechazo, tergiversándose en perjuicio de la beneficiaria del seguro no coincidiendo con las que informó el perito contador, ni con la documental obrante en la causa de la cual se desprende que al momento de contestar el reclamo indemnizatorio el plazo para hacerlo por parte de la demandada se encontraba vencido, razón por la que debió tenerse por aceptado el siniestro. V) Solicitó de forma subsidiaria la designación de un nuevo perito médico legista imparcial para que "con las más amplia libertad pueda realizar el examen médico amplio" (sic. fs. 129), para que revele la exactitud de las condiciones, asociaciones, secuelas, consecuencias de cada dolencia frente a la incapacidad de la parte actora.

2. De acuerdo con un adecuado orden expositivo, examinaré el mérito de los recursos de la parte actora en el siguiente orden: las reseñadas en el punto 1.c.I y II por un lado y las de los puntos 1.c. II. IV. y V por el otro. Para lo cual considero relevante reseñar de seguido los elementos de prueba y los hechos no controvertidos que considero trascendentes a los fines de resolver el presente conflicto.

a) En primer lugar debo destacar que en el "sub lite" no se encuentra discutida la existencia del contrato de seguro de vida, cuyo cobro reclamó la actora, sino que el objeto del agravio se centra en sí ocurrió o no el siniestro asegurado en el artículo 15 de la póliza de "Seguro Colectivo Cónyuge - Beneficio de Incapacidad Total y Permanente" de la póliza n°.... El texto de tal cláusula en lo que aquí interesa referir dice así: "... La presente cláusula cubre el riesgo de incapacidad total y permanente del cónyuge asegurado hasta la edad de sesenta y cinco (65) años, entendiéndose por total el estado de invalidez e inhabilitación para desempeñar tareas u ocupación remuneradas. Para tener derecho a este beneficio, el cónyuge asegurado debe reunir los siguientes: a) las condiciones de asegurabilidad exigidas en el art. 2° de las condiciones especiales, y b) que la incapacidad se haya instalado después de que el cónyuge asegurado acredite una antigüedad mínima de un (1) año en el seguro." b) En fs. 534/536 se encuentra agregado el informe pericial médico, mediante el cual el experto diagnosticó que: por una mastectomía total unilateral padecía una incapacidad del 20%; por una plaquetopenia crónica, una incapacidad del 5%; por una necrosis aséptica del fémur izquierdo, grado III, una incapacidad del 40%; Depresión reactiva, una incapacidad del 20%; Disminución de la agudeza visual bilateral, una incapacidad del 56%. Todas de carácter parcial y permanente (Baremos Altube-Rinaldi), aclarando que no podrá superar un examen médico preocupacional.

I. En fs. 575 al contestar una de las impugnaciones refirió: que de la constancia médica firmada por el doctor Emilio Batajelj (oncólogo), de fecha 23.06.03 describía los siguientes diagnósticos: Cáncer de mama y pancitopenia por médula ósea hipocelular. No surgiendo en forma puntual, que las patologías mencionadas, sean las únicas que generan las incapacidades ni consta que en el examen efectuado haya detectado otra afección mediante la evaluación clínica. Agregó que no surge de fs. 217vta., que el médico mencionado, se haya expedido sobre la incapacidad total y permanente, ni que hubieran sido las únicas detectadas.

II. En fs. 581 al contestar las explicaciones solicitadas por la demandada, señaló que el médico oncólogo con fecha 23.06.03 dijo: "Las patologías denunciadas son las únicas de existencia actual que generan la incapacidad, no detectándose otra afección mediante el examen clínico y los estudios complementarios que se adjuntan".

c) Del informe pericial contable surge, en lo que aquí interesa referir, que el endoso n° 23 de la póliza N° ..., que establecía el Beneficio de Incapacidad Total y Permanente y que estuvo vigente desde el 1 de febrero de mil novecientos setenta y ocho hasta el 31 de octubre de dos mil tres. Revisten carácter de asegurados los cónyuges de los titulares de la póliza N°... siendo sus capitales asegurados los mismos que los de los titulares. El siniestro fue rechazado por la demandada por medio de la Carta Documento N° CD ... de fecha 25.09.2003.

d) En fs. 217 se encuentra la solicitud del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente, como diagnóstico: Cáncer de mama (fecha de inicio de las enfermedades que lo incapacitan el 03.09.02) y como otras patologías: Pancitopenia por médula ósea.

e) En fs.77 se encuentra copia de una Carta Documento mediante la cual la demandada le informa a la asegurada que debía realizarse diversos exámenes médicos para poder dar curso a la solicitud del beneficio.

f) En fs. 72 se agregó un documento por medio del cual la señora Vallejos se notificó de la necesidad de realizarse estudios médicos para la evaluación de la solicitud de incapacidad.

g) En fs. 44 luce la Carta Documento por medio de la cual la Caja de Seguros de Vida S.A. informó que con base en el dictamen realizado por nuestros facultativos médicos, su dolencia no reviste carácter de total y permanente razón por la que entendieron adecuado rechazar el reclamo.

3. Descripto el escenario factico sobre el cual se resolverán los agravios reseñados en los puntos 1.c.I y III.

considero correcto recordar que esta Sala ha sostenido en el caso ?Fantoni Raúl Alberto c/ Caja de Seguros S.A. s/ ordinario?, del 14.02.2008, -voto del señor juez Heredia- que ?De acuerdo a conocida jurisprudencia, las cláusulas de las pólizas de seguros de vida colectivos que exigen una "incapacidad total y permanente" del afectado, no deben ser entendidas con un alcance absolutamente literal que conduzca, en la práctica, a la supresión de los beneficios. Ha estimado razonable, en cambio, considerar que la incapacidad contemplada no es sólo la que imposibilita en forma absoluta para cualquier trabajo -hipótesis que jugaría únicamente en los casos de personas reducidas a vida vegetativa- sino también la que obsta a la posibilidad de ejercer tareas remuneradas acordes con la habilidad reconocida del peticionario. Es que la definición del grado de incapacidad, a los efectos del seguro de vida colectivo, no puede ser formulada atendiendo a posibilidades teóricas o abstractas de trabajar -máxime desde el punto de vista interpretativo de la uberrima bona fides propio de este contrato-, sino ponderando si en la concreta situación del asegurado éste cuenta con posibilidades de obtener un empleo adecuado a sus circunstancias o de desempeñar otra actividad sustitutiva de la que venía desarrollando. Por otra parte, es pertinente recordar que en regímenes tuitivos como el de los seguros de vida colectivos, no debe llegarse al desconocimiento de los derechos sino con extrema cautela, correspondiendo en caso de duda reflexiva resolver a favor del destinatario del régimen habida cuenta de la gravedad de las consecuencias que podrían acarrearle una decisión adversa y el carácter alimentario de la cobertura en juego (conf. CNFed. Civ. Com. Sala I, causa n° 2865/93 "López, Ángel Alcides c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro", sentencia del 21/9/99; íd. Sala II, causa 6841 "Riedel, Domingo V. c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro", sentencia del 8/3/90; íd. Sala II, causa 8559 "Mandozi, Antonio L. c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro", sentencia del 6/9/91; íd. Sala II, causa n° 2.632/95, "Canteras Malagueño S.A. c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguros s/cobro de pesos", sentencia del 8/6/95; íd. Sala II, causa n° 2752/92 "Bonelli, Jorge Omar c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro", sentencia del 2/10/96; íd. sala II, causa n° 9444/93 "Carrizo, Francisco Solano c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro", sentencia del 17/6/97; íd. sala II, causa 8704/92, "Zaracho, Pedro c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro", sentencia del 30/4/01; íd. sala III, causa 5.560/91, "Poggi, Osvaldo Augusto c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro (en liquidación) s/ cobro de seguro, sentencia del 21/3/05; íd. sala III, causa 330/92, "Galván, Atilio Federico c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro", sentencia del 26/6/07). Adoptando el mismo criterio, esta Sala expresamente ha señalado que la incapacidad total y permanente no es aquella que no le permite al asegurado realizar cualquier actividad remunerada, sino que tiene lugar cuando no puede realizar su actividad habitual o una remunerativamente equiparable en condiciones de competencia, teniendo en consideración además la tarea específica que siempre ha realizado y la posibilidad de encontrar otra actividad similar remunerada con las limitaciones que padece (conf. CNCom. Sala D, 27/9/06, "Alvez, Ricardo c/ Caja de Seguros S.A. s/ ordinario"; id. Sala D, causa n° 45.376/2000, ?Patiño Bonifacio Ramón c/ Caja de Seguros S.A. s/ ordinario", sentencia del 11/10/2006). Y es que, como también lo ha observado esta cámara de apelaciones por intermedio de su Sala C, cuando se repara la incapacidad, lo que se compone es la disminución padecida en función de la actividad desarrollada antes de su ocurrencia, y no obsta a ello la existencia de cierta capacidad residual, sino que la tarea que pueda desarrollarse no sea compatible razonablemente con los servicios concretos que el damnificado prestaba al declararse su incapacidad (CNCom. sala C, 19/10/98, "Barrandeguy, Mario c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ sumario").? En el sub lite, el perito médico designado de oficio llegó a la conclusión de que por una mastectomía total unilateral padecía una incapacidad del 20%; por una plaquetopenia crónica, una incapacidad del 5%; por una necrosis aséptica del fémur izquierdo, grado III, una incapacidad del 40%; Depresión reactiva, una incapacidad del 20%; Disminución de la agudeza visual bilateral, una incapacidad del 56%. Todas de carácter parcial y permanente (Baremos Altube-Rinaldi), aclarando que no podrá superar un examen médico preocupacional (v. punto 2. b). Ahora bien, considero que aun cuando de la pericia médica producida en la causa surge que no podrá superar un examen preocupacional, lo cierto es que no quedó acreditado de forma suficiente que al momento de realizar el reclamo la actora padecía todas la dolencias que manifestó en el momento en que promovió la demanda y la amplió, ni que los diagnósticos que se informaron en el dictamen pericial médico realizado en el proceso hayan sido la consecuencia de una dolencia o enfermedad padecida durante la vigencia del contrato de seguro. Y sobre este aspecto en particular es prudente destacar que el experto tampoco pudo demostrar acabadamente que las dolencias que sufría la actora en el momento del examen médico eran consecuencias de las indicadas por el doctor Batajelj. Ante tal escenario, coincido con el señor magistrado de grado en cuanto a que pese a que era de su interés hacerlo (art. 377 del Código Procesal) la actora no logró demostrar que las enfermedades denunciadas se originaron durante la vigencia del seguro, es decir entre el 01.02.1978 y el 31.10.2003. Por estas razones, juzgo que corresponde confirmar la sentencia de la anterior instancia y en consecuencia rechazar los agravios referidos en los puntos 1.c.I. y III. 4. Con respecto a los agravios reseñados en los puntos 2. c. II), IV) y V) señaló que es reiterado el criterio de amplia tolerancia que ha tenido este tribunal en sus sucesivas integraciones para ponderar la suficiencia de la técnica recursiva exigida por el c.p.c. 265 por entender que es el más adecuado para armonizar el cumplimiento de dicha norma con la garantía de defensa en juicio de raíz constitucional. De tal forma, se ha entendido

tradicionalmente que los agravios no requieren formulaciones sacramentales, y que alcanzan la exigencia de la ley procesal cuando contienen en alguna medida, aunque sea precaria, una crítica concreta, objetiva y razonada a través de la cual se pone de manifiesto el error en que se ha incurrido o que se atribuye a la sentencia y se refuten las consideraciones o fundamentos en que se sustenta para, de esta manera, descalificarla por la injusticia de lo resuelto. En otras palabras, como principio general y para cumplir mínimamente con la exigencia de la citada norma, la expresión de agravios debe ser autosuficiente; es decir que dicha crítica razonada debe incluir la demostración de que los hechos fueron erróneamente establecidos por el juez indicando con cierta precisión mínima los elementos de prueba omitidos o desacertadamente apreciados. En cuanto al derecho aplicado, no debe limitarse a un mero disenso sino a la demostración del error jurídico con relación a los hechos del caso (CNCom., sala E, 6.8.86 "Aspersión A.P.I. S.A. c/ Parques Interama"; id., sala A, 28.9.06 "La Delicia F. F. S.A. c/ Pineiro Amadeo Alberto"; id., 28.9.06 "Homet F. c/ Transportes Metropolitanos Gral. San Martín S.A."; id., sala C, 24.6.94 "Koner S.A. s/ quiebra s/ inc. de intervención"; id., 5.8.85 "Molinas C. s/ concurso"; conf. Palacio L., "Manual de Derecho Procesal Civil", t. II, nro. 362.d., p. 132, ed. 1977). b) Pero también se ha sostenido, con la misma reiteración, que tal amplitud en la apreciación de la técnica recursiva requiere un mínimo exigible por debajo del cual las consideraciones o quejas traídas carecen de entidad jurídica como agravios en el sentido que exige la ley. Tal umbral no fue superado en este caso en el cual el agravio de la actora tendiente a justificar su defensa no plantea otro argumento que la mera disconformidad con lo decidido en la primera instancia. En efecto: el recurrente no atacó de forma adecuada los fundamentos expuestos por el señor juez de grado para admitir la demanda, pues sólo refiere que se tergiversaron las fechas entre que se presentó el reclamo y el rechazo de la aseguradora, sin mencionar siquiera cuáles fueron las fechas que debieron tomarse como ciertas. De tal forma, cabe concluir que el escrito recursivo carece, en este punto, de una crítica concreta y argumentada que desvirtúe el fundamento sustancial utilizado por el juez "a quo" para dirimir la cuestión, en incumplimiento con lo dispuesto por el c.p.c. 265, por cuanto el principio de autosuficiencia señalado "supra" 2.a no fue cumplido por la apelante siquiera mínimamente en tanto -reitero- en su expresión de agravios se limitó a exponer la disconformidad con lo decidido, sin objetar los fundamentos expuestos por el magistrado de grado para decidir el rechazo de la demanda. En consecuencia, el memorial no logró superar el umbral establecido por el c.p.c. 265, pues no consiguió desvirtuar con argumentos sustentables y comprobables el fundamento de la sentencia, ni arguyó circunstancia alguna cuya omisión o falta de consideración permitiera establecer su desacierto. c) Por lo tanto, tales imprecisiones permiten concluir en la insuficiencia de la expresión de los mencionados agravios en los términos previstos por el c.p.c. 265, razón por la cual deben ser declarados desiertos. 5. En síntesis, a mi modo de ver, no pueden ser admitidos los agravios de la actora en cuanto a la cuestión de fondo, por lo que su apelación en tal aspecto debe ser rechazada, sin que sea menester abundar en otros argumentos para fundar tal conclusión pues, como es sabido, los jueces no tienen obligación de seguir a las partes en todas sus alegaciones, ni examinar toda la prueba, sino solamente en la medida de lo conducente para la correcta composición del litigio (conf. CSJN, Fallos: 258:504; 262:222; 272:225; 278:271; 291:390; 297:140; 301:970; etc.). 6. Por todo lo expuesto, normas y doctrina judicial y de los autores citadas, si mi voto es compartido, propongo al acuerdo confirmar la sentencia de la anterior instancia en todo cuanto fuera materia de agravio. Asimismo sugiero imponer las costas de esta instancia a la actora sustancialmente vencida (c.p.c. 68). El señor Gerardo G. Vassallo adhiere al voto que antecede. Concluida la deliberación los señores jueces de Cámara acuerdan: a) Confirmar la sentencia de la anterior instancia en todo cuanto fuera materia de agravio. b) Imponer las costas de esta instancia a la actora sustancialmente vencida (c.p.c. 68). c) En atención a la naturaleza, importancia y extensión de las tareas desarrolladas como así también las etapas procesales efectivamente cumplidas, por estar apelado sólo por alto, confírmase en \$ ... (pesos ...) el honorario el letrado apoderado de la parte demandada, Héctor Frontini. Ponderando las tareas realizadas desde la aceptación del cargo de fs. 209 (v. fs 534/536, fs. 575 y 581), confírmase en \$ ... (pesos ...) el estipendio de la perito médica, Mirta M. Szober (art. 6, 7, 9, 19, 37 y 38 de la ley 21.839 modificada por la ley 24.432). Notifíquese y una vez vencido el plazo del art. 257 del Código Procesal, devuélvase la causa al Juzgado de origen. Cúmplase con la comunicación ordenada por la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación (Ley 26.856 y Acordadas 15/13 y 24/13).  
Juan José Dieuzeide Gerardo G. Vassallo Julio Federico Passarón Secretario de Cámara  
Correlaciones: Duarte, Pedro Omar y otro c/Caja de Seguros S.A. s/ordinario - Cám. Nac. Com. ? Sala A - 19/05/2015  
Bordisso, Alejandro Marcelo c/Caja de Seguros SA s/ordinario - Cám. Nac. Com. ? Sala C - 04/12/2012  
009127E