

Contrato De Seguro Sustraccion De Automotor

DOMINGO, 10 DE ENERO DE 2021

JURISPRUDENCIA

Contrato de seguro. Sustracción de automotor En el marco de un juicio por daños y perjuicios, se revoca la sentencia apelada, haciendo lugar a la demanda interpuesta a fin de obtener la correspondiente indemnización como consecuencia del hurto de un vehículo. En la ciudad de Dolores, a los veintidós días del mes de septiembre del año dos mil quince, reunida la Excm. Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial de este Departamento Judicial, en Acuerdo Ordinario, con el objeto de dictar sentencia en causa N° 94.683, caratulada: "BERMUDEZ DAVID C/ PROV. SEGUROS S.A. S/ DAÑOS Y PERJ.", habiendo resultado del pertinente sorteo (arts. 263 del CPCC; 168 de la Constitución Provincial), que las Señoras Juezas debían votar según el siguiente orden: Doctoras María R. Dabadie y Silvana Regina Canale. El Tribunal resolvió plantear y votar las siguientes: CUESTIONES 1a. ¿Es justa la sentencia apelada? 2a. ¿Qué corresponde decidir? VOTACIÓN A LA PRIMERA CUESTIÓN PLANTEADA LA SEÑORA JUEZA DOCTORA DABADIE DIJO: I. Contra la sentencia de fs. 450/463 interpone recurso de apelación la actora a fs. 467; concedido libremente -fs. 468- se sustenta con la expresión de agravios de fs. 476/479 y vta., la que recibiera réplica de la demandada a fs. 481/482 y vta. Con el llamamiento firme de fs. 483 se encuentran los autos en condiciones de ser resueltos por esta Alzada (art. 263 del CPCC). II. Antecedentes. Más allá que los hechos de la causa han quedado establecidos en debida forma en la sentencia apelada, es menester dejar sentada en esta instancia la causa de la pretensión de la parte actora. La promueve a fin de obtener indemnización por los daños y perjuicios sufridos a raíz de la sustracción de su automotor, marca Peugeot modelo 504 SRDTC del año 1989, dominio SON161, en la localidad de Florencio Varela en fecha 13 de abril de 2010, aproximadamente a la 3.30 horas -horario en que constata tal circunstancia-. Sostiene que contrató con la Aseguradora Provincia Seguros SA póliza N° 4311547 seguro de automotor por plan responsabilidad civil, incendio, destrucción total, pérdida total por accidente, incendio y robo o hurto ante cualquier siniestro que se produzca por la suma de \$ 12.000. Expresa que efectuó la denuncia del hecho vía telefónica a la compañía de seguros, informándosele que debía completar un formulario, y entregar la documentación requerida. Que debía dar de baja el vehículo ante el Registro de Propiedad Automotor, trámites todos que cumplimentó debidamente en fecha 22 de abril de 2010. Que el día 09/06/2010, casi dos meses después del hurto, recibe carta documento de la aseguradora donde manifiesta que con el fin de poder determinar la procedencia y eventual indemnización se solicitaba más información. Se adjunta fax donde la demandada solicitaba datos e información de la denuncia y que la misma se encuentra en etapa de análisis, encontrándose suspendidos los plazos legales que competen a la aseguradora. Finalmente, con fecha 03 de setiembre de 2010 recibe carta documento de la Aseguradora donde se le notifica que de acuerdo a elementos probatorios reunidos el suceso no se produjo en las circunstancias indicadas, manifestándose que Bermúdez provocó la consumación del siniestro de manera dolosa o bien por culpa grave, que por esas razones rechazan expresamente la cobertura asegurativa. Resalta la recurrente que esperaba que habiéndose vencido ampliamente el plazo establecido por la Ley de Seguros en su art. 56 -30 días-, la aseguradora cumpliera con la póliza, abonando el siniestro, realizando varias llamadas telefónicas, no obteniendo respuesta. Que denunciado el evento objeto del contrato de seguro, si el asegurador no requiere la información complementaria prevista por el art. 46 párr. 2 y 3, dispone -en razón de aquella norma- de 30 días a partir de la fecha de la denuncia para pronunciarse acerca del hecho del asegurado, y la omisión de hacerlo en función de lo reglado por el art. 56 importa aceptación. Sostiene que el rechazo realizado es posterior a los cinco meses de la denuncia, incumpliendo la demandada no sólo con sus obligaciones contractuales, sino todas las pautas de la póliza y ley de seguros como ser el vencimiento del plazo del art. 56 sin solicitar prórroga, habiendo obligado a su parte a dar la baja del vehículo con el gasto que conlleva sin luego abonar la indemnización y finalmente rechazar la cobertura. Asimismo, la excusa formulada para no abonar la indemnización, esto es haber facilitado el hurto del automotor, no es tal, ya que no hay un solo hecho que lo acredite. En definitiva, reclama por pago de la póliza la suma de \$ 12.000, por daño emergente; la privación del automotor y gastos generados en consecuencia la suma de \$ 10.800; por lucro cesante: por las ganancias frustradas como plomero al no tener vehículo para movilizarse \$ 36.000 (\$ 3000 por mes); por gastos varios para efectivizar la denuncia \$ 3.500, y por daño moral \$ 35.000. La sentenciante luego de considerar que el plazo para pronunciarse que tenía la compañía aseguradora en virtud del art. 56 de la L.S. se encontraba suspendido, rechazando de tal forma la postura de la accionante, considera finalmente que no se acreditó en autos el siniestro denunciado -hurto-, desestimando la demanda -fs. 450/463-. Las quejas de la recurrente se centran en tales cuestiones. En principio lo hace en cuanto a la existencia del siniestro, el que considera acreditado con las constancias acompañadas, resaltando que resulta dificultoso demostrar con prueba fehaciente la ocurrencia del siniestro denunciado conforme las circunstancias de tiempo y lugar, deviniendo

improcedente que se le impute a su conducta la desestimación de la cobertura. Agrega, que de haber sucedido lo denunciado por la compañía -que actuó con culpa o dolo-, debió haber sido denunciado ante la justicia penal la consumación de un auto delito, cuestión que no ocurrió. Finalmente se queja respecto del tiempo en que debió expedirse la compañía respecto del referido siniestro, conforme lo establece el citado art. 56 de la L.S. Que no habiéndose expedido en el citado plazo, ello configura aceptación y por ende, la demandada debía cumplir con su obligación de indemnizar conforme la póliza asegurativa vigente al momento del hecho denunciado -fs. 476/479 vta.-. La demandada, al contestar los mismos, considera que lo decidido se ajusta a derecho, expresando que la actora no acreditó el hecho denunciado, carga que le incumbía. En cuanto al restante agravio, concuerda con la sentenciante en cuanto a que el plazo para expedirse se encontraba suspendido, cuestión que se le comunicara a la contraparte por carta documento, la que fuera expresamente reconocida por la misma en audiencia celebrada en fecha 11-X-2011. En razón de tales argumentos solicita el rechazo del recurso de apelación interpuesto y la confirmatoria de la sentencia en todas sus partes, con expresa imposición de costas a la recurrente -fs. 481/482 y vta.-. Expuestas sucintamente las cuestiones traídas a consideración de este Tribunal, corresponde que me avoque a la consideración de las mismas.

III. Esta Alzada.

i. En forma liminar, cabe referir que la actividad revisora de esta instancia, se encuentra limitada por el agravio traído fijándose así la frontera de aquella tarea. Así, se examinarán las cuestiones de hecho y de derecho que hubieron de ser sometidas a la decisión del juez de la primera instancia, siempre que resultaran materia de agravios. Más aún, esta Alzada se encuentra dispensada de examinar aún cuestiones decisivas para el desenlace del proceso, si al expresar sus agravios el quejoso no realizó un planteo expreso a su respecto (arts. 260, 261, 266, 272 del CPCC; CSJN, diciembre 2 de 1980, Fallos, v. 302, pág. 1435). Tampoco analizaré todas las argumentaciones del recurrente, sino aquellas susceptibles de incidir en mi voto (Conf. CSJN, 13-XI-96, in re "Altamirano, Ramón c/ Comisión Nacional de Energía Atómica?").

ii. Por último he de señalar que en la presente causa he de tener presente el principio de la anticipación del ejercicio de las pautas de la apelación adhesiva, en referencia a la recomposición positiva de la litis; todo ello a fin de no violentar normas de raigambre constitucional como lo es el art. 18 de la Const. Nacional y la tutela judicial efectiva que alberga el art. 15 de la Const. Provincial (SCBA, causa 88.683, sent. del 12-XII-2007, voto JUEZ HITTERS), respecto de la demandada. Tiene dicho esta Cámara -siguiendo a nuestro Superior provincial- que si la sentencia que favorece a una parte es apelada por otra, toda la cuestión materia del litigio pasa al superior en la misma extensión y con la misma plenitud con que fue sometida al inferior (conf. Ac. 34.286, sent. del 17-IX-1985; Ac. 52.242, sent. del 6-XII-1994; Ac. 63.004, sent. del 8-IX-1998; Ac. 78.251, sent. del 19-II-2002; esta Alzada en causa N° 87.747, sent. del 14-5-2009). Implicando ello un nuevo análisis sobre las cuestiones que ante el cambio de rumbo del fallo le han de provocar un perjuicio a la parte gananciosa en la sentencia dictada en la primera instancia, dejada sin efecto por esta Alzada. En ese entendimiento, también debe tenerse en consideración que la sentencia que resuelve sin considerar el postulado de la apelación adhesiva o implícita, según el cual las alegaciones o defensas propuestas en primera instancia por la parte vencedora que no ha apelado por haberle sido favorable el resultado del pleito, quedan sometidas al tribunal de alzada en el supuesto de que en esa instancia sea revocado el pronunciamiento, autoriza a la declaración de nulidad requerida a través del recurso extraordinario (SCBA, C. 114.178, Sent. del 9-10-2013).

iii. Dicho ello, cabe señalar que en primer lugar corresponde analizar si la compañía aseguradora se expidió dentro del plazo del art. 56 de la Ley de Seguros o si éste se encontraba suspendido, tal como refiere la sentenciante. Ello por cuanto de admitirse la posición sustentada por la recurrente, tornaría abstracta la consideración de la restante cuestión planteada -existencia del siniestro-. Tal como sostiene el a quo hube de señalar en el antecedente que cita -causa de esta Alzada n° 90.702, Sent. del 25-10-2011-, que frente al contrato de seguro tanto asegurado cuanto asegurador, ya sea por voluntad de la ley o de las partes, asumen comportamientos que alguno de aquellos debe ejecutar a fin de conservar sus derechos. Esos comportamientos conforman las denominadas cargas contractuales y pueden consistir en un hacer, en un dar o en un no hacer.

Ante un siniestro como el de autos -hurto de automotor-, se presenta como carga del asegurado no sólo denunciarlo sino además -cuando se lo soliciten- el cumplimiento de la información complementaria. Si bien es cierto que al asegurado ha de tenersele por cumplida su carga de denunciar con hacerlo de modo elemental y esquemático, la ley aduna el dispositivo de requerimiento de informaciones complementarias y medidas probatorias atinentes en el art. 46-2 y 3 L.S. Por su parte, el asegurador lleva la carga de aceptar el siniestro en tiempo oportuno (art. 56 L.S.). La carga que el art. 56 L.S. le requiere al asegurador es en su propio interés, y de cuya inobservancia resulta el decaimiento de su facultad consistente en pronunciarse contra el derecho del asegurado. La referida carga procura limitar en forma razonable el tiempo en el cual debe decidirse favorable o adversamente sobre el derecho del asegurado, resultando relevante la cuestión a los fines de establecer el tiempo del pago (STIGLITZ, Rubén S; Derecho de Seguros, T. II, pags. 161 y sgtes., Abeledo-Perrot 1998, Bs. As.). Como contracara, el incumplimiento de las cargas por uno u otro han de acarrear sanciones de diferente naturaleza que el propio legislador se ha encargado de establecer. En caso de que el asegurador no se pronuncie sobre el siniestro su silencio será entendido como aceptación (art. 56 in fine). A su vez, la sanción para el incumplimiento de la carga complementaria por parte del asegurado está contenida en el art. 47 de la L.S., consistente en la

caducidad de sus derechos para la ejecución de la carga, mas sólo es aplicable al párrafo primero del art. 46 esto es, ante la falta de denuncia en tiempo. Con relación a los párrafos segundo y tercero -suministro de información y documentación-, al no haber previsto el legislador sanción alguna será la judicatura con pie en criterios de razonabilidad y conforme las circunstancias del caso concreto quien ha de decidirla e imponerla (CNCom., Sala B, 3-V-1991, ?Palmieri, J. c/ La Nación Cía. Arg. de Seg.?, cit. en causa de esta Alzada ya referenciada). Ello sin olvidar que por resultar el contrato de seguro ubérrima bona fidei, los sujetos de la relación sustancial deben conducirse con lealtad y colaboración en todas las etapas que integran el iter contractual; de allí que el deber de colaboración resulte recíproco y dinámico, existiendo una línea muy delgada entre los derechos y deberes de las partes necesaria para mantener el equilibrio de las prestaciones, aunque la profesionalidad del asegurador lo hará cargar con mayor rigor en cuanto a la revisión de su conducta. En tal sendero se ha expedido doctrina y jurisprudencia al sostener que puede suceder que el siniestro tal como aconteció y fue denunciado, no requiera de información complementaria, pues su verificación y la extensión de la prestación a cargo del asegurador no es objeto de cuestionamiento o no requiere de mayores precisiones. Pues bien, en ese caso dispone de treinta días para pronunciarse en torno al derecho del asegurado. Y ese plazo debe computarse desde que se verificó la denuncia del siniestro (CNCom. Sala D, 2-XII-1987, ?Caccuri, H. c/ Cosmos Cía. de Seg.?, L.L., 1989-A-654 (38.073-S), pues ésta constituye la primera información (con eficacia contractual) recibida por el asegurador. Lo expuesto surge a contrario sensu de lo dispuesto por el artículo 56, Ley de Seguros, que fija al asegurador dicho plazo para pronunciarse una vez recibida la información complementaria prevista en el artículo 46-2 y 3, Ley de Seguros. Si el asegurador no recaba información complementaria, cabe presumir que no lo hizo pues a los fines de la verificación del siniestro o de la extensión de la prestación a su cargo, era suficiente con la que disponía. Ello significa que puede pronunciarse inmediatamente sobre el derecho del asegurado; pero es recién al cumplirse treinta días de la denuncia, que la omisión en hacerla conlleva el efecto jurídico de importar una aceptación. Pero si el asegurador, para pronunciarse en torno al derecho del asegurado, requiere información complementaria, la realización de indagaciones o prueba instrumental, los treinta días para decidir sobre la procedencia del reclamo y la entidad del mismo, deben computarse desde que la última información o prueba recabada ha sido recibida. Lo que significa que el período de que dispone el asegurador (art. 56, L.S.) opera como única causal de interrupción de fuente legal, hasta tanto el asegurado observe su carga informativa (CNCom., Sala A, 5-II-1996, ?Faerman, M. c/ Acuario Cía. de Seguros S.A.?, J.A., 1996-III-528). En cambio, la designación de liquidadores por el asegurador no interrumpe el referido plazo (v. fallo cit.) ya que, por tratarse de auxiliares convocados en tareas que son inherentes al pronunciamiento propio de la entidad, debe identificarse su función como realizada por el mismo asegurador. En efecto, habrá que tener presente que, una vez denunciado el siniestro (art. 46-2, L.S.), subsisten cargas complementarias que tienen al asegurado como sujeto pasivo y que consisten en: a) suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la die b) permitir (dejar hacer) al asegurador la realización de las indagaciones necesarias a tal fin y la de e) hacer entrega (al asegurador) de la prueba instrumental de que disponga (art. 46-3, L.S.). La antedicha disposición (art. 46-2 y 3, L.S.), debe ser armonizada con la previsión contenida en el artículo 56, Ley de Seguros, lo que significa que la ya tantas veces mentada exigibilidad de la prestación a cargo del asegurador, queda diferida en el tiempo a los fines de la observancia de las referidas cargas informativas y de transmisión (reglas de cooperación), en la medida que le sean requeridas por el asegurador y en el marco de la razonabilidad del pedido. Como se advierte, la etapa de decisión en torno al derecho del asegurado precede en el tiempo a la época de pago. Para el pago, el asegurador cuenta con un plazo adicional de quince días computable desde la toma de la decisión (pronunciamiento) favorable al reclamo del contratante o del acuerdo celebrado con él. Lo expresado hasta aquí significa, en síntesis, que el plazo de que dispone el asegurador para pronunciarse acerca del derecho del asegurado, es de treinta (30) días. Dicho término cursa a partir de la fecha en que el asegurado cumple con las cargas complementarias -si es que le son requeridas por el asegurador- establecidas en el artículo 46, Ley de Seguros, y ello acontece el día que el asegurador recibe la última de las informaciones recabadas o la prueba instrumental (CNCiv. y Com. Federal, Sala III, 18-III-1988, ?Chiarelli, M. c/ Automóvil Club?, J.A., 1990-I-494). A contrario sensu, si el asegurador, luego de efectuada la denuncia del siniestro, no reclama del asegurado informaciones complementarias ni prueba instrumental, el plazo de treinta días para pronunciarse (art. 56, L.S.), cursa desde la fecha de la denuncia del siniestro (CNCom., Sala D, 2-XII-1987, ?Caccuri, H. c/ Cosmos Cía. de Seg.?, L.L., 1989-A-654 (38.073-S). El silencio del asegurador, opera (ministerio legis) como manifestación de voluntad. En efecto, se trata de un supuesto de silencio opuesto a un acto (pronunciamiento acerca de los derechos del asegurado) que constituye un deber de "explicarse por la ley" (art. 919, Cód. CiV.) (CNCom., Sala B, 18-XII-1986, ?Bandell, J. c/ Unión Comerciante Cía. de Seg.?, L.L., 1989-A-51, 1987-III-107) (ver STIGLITZ, Rubén S.; Derecho de Seguros, T. II, págs. 166 y sgtes., Abeledo-Perrot 1998, Bs. As.). iv. En el decisorio bajo revisión, la iudex a quo expresó -en referencia al tópico bajo análisis- que en los autos no puede afirmarse que el asegurador dejó de pronunciarse sobre el derecho en plazo de ley, por el contrario en uso de facultades propias, designó un experto para verificar el siniestro, examinó la prueba instrumental, realizó distintas indagaciones para

poder pronunciarse acerca del derecho del asegurado y recabó más información complementaria a raíz de las divergencias habidas en la investigación, frustradas por la propia actitud de la asegurada quien se negó a ello en agosto-setiembre/10 (art. 46 de la L.S.). Así entonces, habiendo solicitado la aseguradora información complementaria por las incongruencias habidas en la investigación, su requerimiento resulta no sólo ajustado a derecho, sino también suspensivo o interruptivo del derecho de pronunciarse en los términos del art. 56 L.S.; con lo cual el plazo para expedirse en modo alguno hubo de transcurrir en el tiempo señalado por la asegurada. Qué asimismo, desde la perspectiva de la asegurada, la negativa de esta parte a proporcionar más información importa un incumplimiento de las cargas propias (arts. 46 y 51 L.S.), que obsta a que la contraria puede expedirse en el plazo del art. 56 de la L.S. Todo lo cual conduce a decidir en definitiva, que la obligación del asegurador de pronunciarse en el plazo del art. 56 de la L.S. no se hallaba vencido. Analizados tales argumentos, considero que no se ajustan a derecho, asistiéndole la razón a la quejosa en cuanto que al momento de expedirse la compañía aseguradora respecto de la cobertura del siniestro, el plazo establecido en el art. 56 de la Ley de Seguros se encontraba holgadamente vencido, por lo que no cabe otra conclusión que debe tenerse por aceptada la cobertura del siniestro denunciado. Efectivamente, luego de conocido el hecho la compañía remitió a su asegurado David Bermúdez una carta documento comunicándole la designación del Estudio FK & Asociados S.R.L a fin de que en su nombre y representación lleve a cabo las verificaciones correspondientes a la denuncia del siniestro, como asimismo que con tal notificación se interrumpe el plazo de expedición previsto por el art. 56 del citado cuerpo normativo; ello en fecha 26 de abril de 2010 -v, fs. 123, 143/144-. Posteriormente, en fecha 9 de junio del referido año, la aseguradora comunica por igual medio al accionante que debe presentar documentación complementaria, aclarando nuevamente que hasta tanto no se recepcione la información y/o documentación requerida, que puede dar origen a nuevas consultas, quedan suspendidos los plazos legales que le competen a dicha aseguradora -v, fs. 22-. Y la accionante cumplió con lo solicitado, conforme surge de la documentación obrante 23/42, receptada por el representante de la aseguradora -v, fs. 43, fotocopia de fs. 93, reconocimiento de fs. 322-. Ello en fecha 22/04/2010. Luego, realizadas las tareas investigativas, el citado estudio verificador realiza un informe sobre el siniestro de marras en el cual concluye que de las tareas investigativas realizadas no se han podido constatar la veracidad de los hechos denunciados. Informe que lleva como fecha agosto de 2010 -v, fs. 263/279-. Finalmente, en fecha 3 de septiembre del citado año, luego de señalar que al momento del siniestro denunciado la póliza se hallaba vigente, le comunica -como resultado de las investigaciones realizadas por su verificador-, que el suceso no se produjo en las circunstancias indicadas. Que ante la consumación del siniestro de manera dolosa o bien con culpa grave (art. 70 de la L.S.), y por el incumplimiento malicioso del art.46 párr. 2 al emplear pruebas falsas para acreditar el daño, notifica la suspensión de la cobertura y decisión de rescindir el contrato, rechazando la cobertura asegurativa del siniestro con fundamento en la agravación provocada (v, fs. 17). Y tal comunicación lo fue vencido holgadamente el plazo previsto por el art. 56 de la ley 17.418 t.o., por lo que la razón le asiste a la recurrente en cuanto debe considerarse que, transcurrido dicho plazo sin expedirse, su el silencio operó como manifestación de voluntad, incurriendo en mora, por lo que debe considerarse que admitió el siniestro en los términos denunciados. Ello por cuanto mal puede considerarse que se encontraban los plazos suspendidos, más allá de las intimaciones cursadas, cuando debía expedirse luego de que la accionante acompañara la documentación complementaria que se le solicitó, cuestión que quedó debidamente acreditada en autos (arg. arts. 375, 384 CPCC). Menos aún ampararse en las tareas investigativas realizadas por el estudio designado a fin de determinar el siniestro, por cuanto la mera manifestación realizada en el informe que la actora no brindó información adicional, resultando ello una mera expresión unilateral sobre la cual no puede ampararse para sostener -tanto la demandada como la sentenciante de grado- que la asegurada incurrió en una conducta negligente o incumplimiento malicioso y si bien la caducidad del derecho del asegurado a ser indemnizado según la ley, sólo se produce si deja de cumplir ¿maliciosamente? la carga de presentar la documentación complementaria impuesta por el art. 46, inc. 2° (art. 48. ley 17.418), incumplimiento que es asimilado al dolo, o sea, un acto efectuado a sabiendas y con la intención de perjudicar el interés del asegurador (Zunino, Jorge O., "Régimen de Seguros", Ed. Astrea, 1997, pag. 113/114), lo cierto es que en el caso tal circunstancia tampoco se encuentra acreditada (art. 375, CPCC). Pero de mayor significancia y cuestión que resulta determinante a fin de la solución de la cuestión, resulta que acompañada la documentación complementaria solicitada -fs. 23/41-, las tareas investigativas debían ser cumplidas dentro del plazo que tenía para expedirse la aseguradora, no resultando la designación de un tercero y la tarea que éste desarrolle, interruptiva de dicho plazo, en tanto -como se dijo- tal designación de terceros por tratarse de auxiliares convocados a tareas que son inherentes al pronunciamiento propio de la entidad, debe identificarse su función como realizada por el mismo asegurador (conf. STIGLITZ, Rubén S.; opus cit., pág. 166). En consecuencia, contando la aseguradora con lo necesario para expedirse al 22 de abril de 2010 -v, fs. 43- en tanto en tal fecha se cumplió con la solicitud de acompañar la documentación complementaria -v, fs. 23/41-, concluyo en que debió comunicar su decisión al asegurado dentro de los treinta días contados a partir de allí, siendo extemporánea la comunicación del 1 de septiembre de 2010, recepcionada el día 3 (v, carta documento de fs. 17). Debo agregar, en cuanto a la solicitud de restante documentación solicitada -tal como alega el estudio designado (v, fs. 270)-, que no

advierto razonable esa supuesta solicitud cuando ya el accionante había suministrado (conforme fuera intimado -v, carta documento de fs. 22-) la necesaria para que la aseguradora -por intermedio del tercero- pudiera expedirse, de lo que se deduce una conducta lejana a la buena fe que este tipo de contratos requieren (art. 1198 del CC). Cabe recordar que la jurisprudencia ha reconocido que las peticiones de información complementarias deben ser razonables (arts. 28 y 31, Const. Nac.; CSJN, Fallos, 199:483 -La Ley, 36-703-; 247:121 -La Ley, 100-47-) y en el caso, no luce proporcionado que la aseguradora se excuse de cumplir con su obligación de pagar el monto de la póliza, pues se ampara en la inexistencia de incumplimiento del contratante cuanto lo solicitado se trataba de información a la cual bien pudo ella misma recurrir en su tarea investigativa. En consecuencia, considero que dicha conducta importó sin más, una aceptación tácita del derecho del asegurado, dejando sin sustento los argumentos dados por el sentenciante en cuanto al plazo que tenía la aseguradora para expedirse. La ley -art. 56, ley seguros- hace una interpretación de su silencio acorde con lo que establece el art. 919 del Cód. Civil, de modo que cualquier incumplimiento alegado fuera de ese plazo por el asegurador "es inoperante", por haber caducado el derecho de articular defensas ante lo extemporáneo de la manifestación, tal como ocurre en autos. En razón de lo hasta aquí expuesto, considero que debe admitirse el agravio de la recurrente, revocarse la sentencia en tal parcela y debe tenerse por aceptada la cobertura de la póliza contratada. v. En cuanto a las restantes cuestiones planteadas, atento la propuesta precedente, se toman abstractas de consideración. IV. Realizado el proceso de subsunción de los hechos alegados y probados en la causa en la normativa vigente, tengo certeza que debe revocarse la sentencia recurrida y hacer lugar a la demanda de daños y perjuicios por incumplimiento del contrato de seguro que existió entre actor y demandada como consecuencia del hurto del automotor propiedad del accionante, debiendo valorarse los perjuicios efectivamente sufridos por el juez natural de la causa en cuanto a la prueba aportada respecto de los rubros reclamados su procedencia y cuantía. V. Costas. Las costas de ambas instancias deberán ser soportadas por el demandado en su condición de vencido (art. 68 CPCC CSJN; 17-10-94, LL, 1995-D-926 n° 1631). VOTO POR LA NEGATIVA LA SEÑORA JUEZA DOCTORA CANALE ADHIRIÓ AL VOTO PRECEDENTE POR SUS FUNDAMENTOS. A LA SEGUNDA CUESTIÓN PLANTEADA LA SEÑORA JUEZA DOCTORA DABADIE DIJO: En virtud de los argumentos dados, citas legales, doctrinarias y jurisprudenciales, dejo propuesto al Acuerdo alcanzado en tanto mi opinión resulte compartida, corresponde, revocar la sentencia apelada de fs. 413/417, hacer lugar a la demanda que por daños y perjuicios promoviera David Bermúdez en contra de Provincia Seguros S.A., debiendo determinarse por parte del juez natural de la causa la procedencia y extensión de los rubros indemnizatorios pretendidos por el actor al tiempo en que esta decisión se encuentre firme y consentida. Las costas de ambas instancias deberán ser soportadas por la demandada en su condición de vencida (arts. 18, 42 CN; 15, 38, 168, 171 Const. Prov.; 68, 260, 261, 266, 272, 375, 384 del CPCC; 545 y concds. Cód. Civil; 46, 47, 48, 56 ley 17.418 y 37 inc. 1 ley 24.240 y sus mod.), postergándose la regulación de los honorarios profesionales hasta la oportunidad en que se haya practicado la de los trabajos cumplidos en la instancia de origen (art. 31 decreto ley 8904/77). ASI LO VOTO. LA SEÑORA JUEZA DOCTORA CANALE ADHIRIÓ AL VOTO PRECEDENTE POR SUS FUNDAMENTOS. CON LO QUE TERMINÓ EL PRESENTE ACUERDO, DICTÁNDOSE LA SIGUIENTE SENTENCIA Considerando: que corresponde declarar que no es justa la sentencia apelada (arts. 18, 42 CN; 15, 38, 168, 171 Const. Prov.; 68, 260, 261, 266, 267, 272, 375, 384 del CPCC; 545 y concds. Cód. Civil; 46, 47, 48, 56 ley 17.418 y 37 inc. 1 ley 24.240 y sus mod.; art. 15 Ac. 2514/92). Por ello; y demás fundamentos del precedente Acuerdo se revoca la sentencia de fecha 28 de mayo de 2015 (450/463), haciendo lugar a la demanda que por daños y perjuicios promoviera David Bermúdez en contra de Provincia Seguros S.A., debiendo determinarse una vez que adquiera firmeza la presente por parte del juez natural de la causa la procedencia y extensión de los rubros indemnizatorios pretendidos por el actor. Las costas de ambas instancias deberán ser soportadas por la demandada en su condición de vencida (art. 68 CPCC CSJN; 17-10-94, LL, 1995-D-926 n° 1631), postergándose la regulación de los honorarios profesionales hasta la oportunidad en que se haya practicado la de los trabajos cumplidos en la instancia de origen (art. 31 decreto ley 8904/77). Regístrese. Notifíquese. Devuélvase. 011410E