

Seguro Colectivo De Vida Finalidad Asistencial

JURISPRUDENCIA

Seguro colectivo de vida. Finalidad asistencial

Se hace lugar

a la demanda, condenando a la empresa de seguros demandada a abonar al actor el importe del seguro colectivo de vida contratado por el fallecimiento de su cónyuge. [Ver Correlaciones](#)

En Buenos Aires a los 21 días del mes de abril de dos mil dieciséis, hallándose reunidos los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos los autos ?Patanella Dominga c/ La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A. s/ordinario? (expediente nro. 17159/2012; Juzg. N° 16, Sec. N° 32), en los que, al practicarse la desinsaculación que ordena el artículo 268 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, resultó que la votación debía tener lugar en el siguiente orden: Doctores Julia Villanueva (9), Eduardo R. Machin (7) y Juan Roberto Garibotto (8). Estudiados los autos, la Cámara plantea la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada de fs. 378/384? La señora juez Julia Villanueva dice: I. La sentencia apelada. La sentencia dictada a fs. 378/384 rechazó la demanda deducida por Dominga Patanella contra La Meridional Compañía Argentina de Seguros SA a efectos de obtener el cumplimiento del contrato de seguro individualizado en el escrito inaugural. Para así decidir, el señor juez de grado consideró admisibles las excepciones de falta de legitimación activa y pasiva opuestas por la demandada. Fundó la procedencia de la primera de esas excepciones en el hecho de que la beneficiaria del seguro contratado había sido Calico S.A., empleadora del difunto marido de la actora, quien, además, había asumido el rol de ?tomadora- contratante? de la póliza. Y, en lo que respecta a segunda de las defensas mencionadas, la a quo sustentó su admisión en que el seguro en cuestión sólo había cubierto la muerte causada por accidentes personales, por lo que, habiéndose producido el fallecimiento del señor Rubén Oscar Enrique a causa de un paro cardiorrespiratorio no traumático, el siniestro no se encontraba dentro de la cobertura contratada. No obstaba a ello, según adujo, el silencio guardado por la aseguradora frente a la carta documento que le había remitido la actora denunciando el siniestro, toda vez que no podía interpretarse que ese silencio hubiera importado aceptación por aquélla de su responsabilidad en los términos del art. 56 LS, dado que, según entendió, se había configurado un supuesto de ?no seguro?. II. El recurso. La sentencia fue apelada a fs. 387 por la vencida y, concedido el recurso a fs. 388, la nombrada lo sostuvo mediante la expresión de agravios que obra a fs. 412/17, que fue contestada a fs. 425/30. En lo sustancial, la recurrente sostiene que, denunciado el siniestro consistente en la muerte de quien fuera su cónyuge, la aseguradora omitió rechazarlo, como así también solicitar información en los términos del art. 46 de la citada ley. En tal contexto, y probado que no fue cierto lo alegado por la demandada en el sentido de que su parte no había sido anoticiada del aludido fallecimiento, sostiene que el mencionado silencio de ésta subsiguiente a esa denuncia del siniestro implicó la aceptación de la responsabilidad que le había sido atribuida. Atribuye al sentenciante una equivocada interpretación de la citada normativa, citando jurisprudencia, normas constitucionales, y afirmando que, por tratarse de un seguro colectivo que cumple una específica función social, su derecho se encuentra resguardado por lo dispuesto en el art. 14 bis de la Constitución Nacional y por las demás normas que refiere. En cuanto a la falta de legitimación activa opuesta como defensa, sostiene que el sentenciante también equivocó su razonamiento al no advertir que la tomadora Calico S.A. había sólo asumido el carácter de ?primer beneficiario?, por lo que, al no haber ejercido ésta en tiempo ningún derecho sobre la indemnización reclamada, ese derecho había pasado a pertenecer a su parte en su calidad de heredera del asegurado. III. La solución. 1. Como surge de la reseña que antecede, la señora Dominga Patanella dedujo demanda en contra de La Meridional Compañía Argentina de Seguros SA a fin de obtener el cobro del seguro de vida contratado por Calico S.A. para otorgar cobertura al señor Rubén Oscar Enrique, difunto cónyuge de la demandante. La sentencia dictada en primera instancia, como se dijo, rechazó la acción tras considerar procedentes las dos defensas opuestas por la aseguradora. 2. A mi juicio, el recurso articulado debe ser admitido, toda vez que, según mi ver, no se han configurado en autos -por lo menos con la claridad que era menester- los presupuestos necesarios para fundar la procedencia de las mencionadas defensas. Así lo juzgo en lo que concierne a la falta de legitimación activa, debido a que, como la demandante sostiene, la cláusula 1 -apartado 2- de la póliza respectiva no autoriza a concluir del modo pretendido por la defendida. Esa cláusula expresamente estableció que la nombrada Calico SA resultaba ?...beneficiario en primer término...con preeminencia sobre los restantes beneficiarios...? (fs. 138). Dejó, por ende, subsistente la vocación de estos últimos -que pasaron a revestir la aludida condición de beneficiarios subsidiarios- de acceder al cobro de la indemnización que se debiera en caso de que se verificara el siniestro. Así se expresó en la misma cláusula en cuanto en ella se dejó constancia de que los nombrados (esto es, esos herederos) conservarían su legitimación sobre el ?saldo? que quedara tras el cobro por Calico SA de los rubros allí previstos. Dos fueron los importes que se reconocieron a la empleadora (Calico SA) en esos términos, a saber: a) el importe que resultase de cualquier responsabilidad legal que ella tuviera que asumir con motivo de la muerte (o incapacidad) del asegurado; b) ?...el

monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que [Calico SA] demostrara con respecto a la vida o a la salud de los Asegurados...?. De esto se deriva que la legitimación de la nombrada para cobrar la indemnización reclamada dependía de que ella demostrara hallarse en alguna de las dos hipótesis reseñadas, esto es, o en la obligación de atender algún reclamo vinculado con su responsabilidad por la muerte del asegurado, o en la necesidad de cubrir algún perjuicio que ella misma hubiera sufrido por tal motivo. Si nada de eso ocurría, la legitimación residual reconocida a los herederos habría de cobrar actualidad, siendo éstos quienes tendrían derecho a percibir la indemnización pertinente. Se ha demostrado en autos -surge ello claro de la presentación efectuada por la misma Calico SA a fs. 154/58-, que esa sociedad no ejerció en tiempo propio ninguno de esos derechos sobre la indemnización reclamada. En tales condiciones, y siendo que, por lo demás, tampoco se demostró que la nombrada hubiera debido pagar ninguna indemnización fundada en su aludida responsabilidad, ni que la muerte del señor Enrique le hubiera causado perjuicio alguno en los términos más arriba vistos, forzoso es concluir que tampoco se han demostrado los presupuestos que condicionaban su posibilidad de desplazar a la actora. Nótese que, si bien se mira, la cláusula transcripta -acerca de cuya licitud no habré de expedirme por ser innecesario- previó una legitimación activa de Calico SA meramente condicional, que obligaba a ésta a demostrar la configuración de los referidos presupuestos que supeditaban su legitimación para convertirse en titular del derecho aquí reclamado, lo cual no ha sucedido. Por ello, y siendo que la calidad de heredera de la actora no fue cuestionada en la ocasión prevista en el art. 56 LS, es mi conclusión que la falta de legitimación activa opuesta a su respecto debe ser rechazada. 3. A igual conclusión adversa a la defensa arribo en lo que respecta a la falta de legitimación pasiva. Cabe recordar, a estos efectos, que esa defensa se fundó en que la muerte del señor Enrique había sucedido por causas no previstas en la póliza. No obstante, es hecho no controvertido -en esta instancia del trámite, tras haberse demostrado que era falso lo alegado por la aseguradora en sentido contrario- que, notificado el siniestro por parte de la actora, la demandada no cuestionó su procedencia ni invocó que ese fallecimiento hubiera obedecido a una causa no prevista en el contrato. Esta Sala tiene dicho, en tal sentido, que el art. 56 LS exige que el asegurador se manifieste en términos claros y explícitos y que, en su caso, informe con toda precisión la causa por la que se pronuncia en contra del reconocimiento del derecho del asegurado (Conf. Rubén S. Stiglitz, Derecho de Seguros, Abeledo Perrot, Tomo II, p. 174 y sus citas; esta Sala, ?Servicios en Informática c/ Aseguradora de Cauciones?, 21.12.98; CNCom., Sala E, ?González F. c/ Sud Atlántica Cía. De Seguros?, 31.10.84; íd.Sala B, ?Sánchez, Gustavo Darío c/ Alba Cía. Argentina de Seguros SA s/ Ordinario, 12.8.03; íd., Sala D, ?González, José María c/ Paraná S.A. de Seguros s/ Ordinario?, 18.12.08; CNFed. Civ. Y Com., Sala III, ?La Buenos Aires Cía. De Seguros c/ Instituto Nac. De Reaseguros?, 29.6.94). De lo contrario, esto es, si el asegurador guarda silencio, o si su pronunciamiento no es explícito respecto de las razones por las cuales rechaza el siniestro, su responsabilidad debe tenerse por aceptada en los términos de la norma mencionada (conf. Rubén S. Stiglitz, op. cit.; esta Sala, "Storino Amadeo y otro c/ Caja de Seguros S.A. s/ Ordinario?", 7.4.15). Aplicados estos conceptos al caso, es claro cobertura, era su carga alegarlo dentro del mencionado plazo, so pena de no poder hacerlo eficazmente en el marco del juicio que eventualmente se planteara entre las partes con posterioridad. En aquella oportunidad no lo hizo, por lo que su derecho a alegar la defensa cuestionada debe, por ende, entenderse caduco a partir de entonces (esta Sala, en el citado fallo "Storino?; Sala A, 28.12.06, ?Serrano Erminia M c. Alico Compañía de Seguros S.A. s. ordinario?; íd., 12.03.08, ?Amarilla Severiano c. Liderar Compañía General de Seguros S.A. s. ordinario?; esta Sala, "Londrina S.A. c. Ruta Coop. Arg. de Seg. Ltda.", del 13.6.89, entre muchos otros). Ello así, con mayor razón, si se atiende a la función social que cumple el seguro de vida colectivo, función que ha llevado a pacífica jurisprudencia a sostener que el rechazo de la cobertura debe juzgarse de forma cautelosa, debiendo, en caso de duda, decidirse a favor del asegurado (CNFed. Civil y Comercial, Sala II, 11.8.98, "Alegre Arcenio c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro"; ídem, 5.3.98, "Navarro, Ángel c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro"; ídem, 16.7.98, "Jarsum, Zulema c/ caja de ahorro y seguro s/ cobro de seguro"; íd. Sala A, ?Lescano, Domingo Orlando c/ La Buenos Aires Cía. de Seguros SA s/ ord.?, 20/08/99) Esa misma perspectiva de las cosas demuestra que el temperamento propuesto en la sentencia de primera instancia no puede ser compartido. De lo que se trata, es de exigir a quien otorga este tipo de seguros un comportamiento acorde con esa finalidad asistencial implicada en ellos, en tanto destinados a la satisfacción de las necesidades de subsistencia y amparo de las personas (CNCom, Sala A, ?Rodríguez, Víctor Arilio c/ Caja de Seguros de Vida SA s/ ordinario?, del 6/04/10). Esa específica finalidad de estos seguros no puede entenderse tutelada si, haciendo excepción al sistema legal claro que resulta de lo dispuesto en el citado art. 56, se dispensa a la aseguradora de las consecuencias de no haber adoptado el arbitrio más elemental -responder en tiempo la denuncia de la actora- de los que le eran exigibles. Esa norma establece una carga básica del asegurador de la que no cabe en principio dispensarlo, so pena de que, a fuerza de establecer excepciones cuyo específico contenido no puede ser conocido de antemano (al quedar siempre deferido al arbitrio del juez al que le toque sentenciar), termine por admitirse la vigencia de un margen de discrecionalidad que, no previsto en esa disposición, la prive de su fuerza prescriptiva y desvirtúe un mecanismo que, como el que me ocupa, se inspira precisamente en todo lo contrario, esto es, en la necesidad de otorgar certeza y paliar todas las incertidumbres que pudiera presentar el derecho

esgrimido por el asegurado. Si esto es así en términos generales, con mayor razón lo es cuando estamos ante una obligación de naturaleza asistencial como la aquí asumida por la defendida; obligación que, por su aptitud para incidir en forma directa sobre la integridad física y mental del beneficiario, se halla alcanzada por la protección que debe ser otorgada al derecho a la salud, de principal rango constitucional (art. 42, 75, inciso 22° CN). En tal marco, y si bien es verdad que suele sostenerse que la aplicación de la Ley 17418: 56 no procede en supuestos de ausencia de cobertura, ello sólo podría admitirse a condición de que se trate de riesgos manifiestamente excluidos de la cobertura. Cuando -como en el caso- la indemnización perseguida no alude a un riesgo notoriamente extraño al contrato de seguro de vida pues requiere una indagación para determinar si la muerte tuvo ocasión en un accidente o en una enfermedad, no se configura un supuesto de no seguro o riesgo manifiestamente excluido de la cobertura que amerite relevar a la aseguradora de su deber de pronunciarse tempestivamente (CNCom., Sala E, Rodríguez, Delia Amalia c. Caja de Seguros S.A., del 23/04/2010). De lo contrario, se reitera, el artículo 56 de la ley de seguros carecería de función, ya que el asegurador estaría liberado de pronunciarse adversamente con relación a los siniestros excluidos y no tendría sentido pronunciarse sobre los incluidos, pues le bastaría con guardar silencio (CNCom., Sala E, fallo citado). Así ha sido entendido, por lo demás, por la Excm. CSJN al sentenciar en los autos "Mariluis, Adalberto A. c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro" del 14.07.99 siguiendo la doctrina de Fallos 312:630, que, al dejar sin efecto la sentencia allí recurrida, que puso el énfasis en que el ¿a quo? no había considerado que la norma en cuestión -citado art. 56- no establecía distinción alguna al disponer que la omisión de pronunciamiento sobre el reconocimiento del derecho pretendido por el asegurado importaba aceptación por parte del asegurador (ver también Stiglitz, Rubén, Derecho de Seguros, Tomo II, La Ley, Bs. As., 2008, pág. 291/292; CNCom, Sala D, ¿González, José María c/ Paraná SA de Seguros s/ ordinario? del 18/12/09).

4. Por las razones expuestas, es mi conclusión que la sentencia debe ser revocada y hacerse lugar a la demanda. Corresponde, por ende, reconocer a la demandante el derecho a cobrar la suma de cuatrocientos cincuenta pesos (\$450.000) en concepto de capital asegurado, sobre el cual se aplicarán intereses a la tasa activa que cobra el BNA en sus operaciones de descuento a treinta días desde la mora -que estimo producida el 15.07.11 (art. 49 LS)- y hasta el efectivo pago. También debe serle reconocido el importe de cuarenta mil pesos (\$40.000) - que se entenderá fijado a la fecha de la presente sentencia- reclamado en concepto de daño moral, toda vez que, por las mismas razones ya expresadas -vinculadas con la vulnerabilidad y el desamparo que cabe presumir en la actora, dadas sus condiciones-, forzoso es también presumir que ella padeció, a raíz del incumplimiento de la demandada, el daño espiritual y la angustia que justifican el reconocimiento de la indemnización de que se trata.

IV. La conclusión. Por lo expuesto, propongo al Acuerdo revocar la sentencia apelada y, en consecuencia, hacer lugar a la demanda condenando a La Meridional Compañía Argentina de Seguros SA a pagar a Dominga Patanella los importes que resulten de aplicar las pautas fijadas en el punto 4 de las consideraciones precedentes. Costas de ambas instancias a la demandada, por haber resultado vencida (art. 48 del código procesal). Por análogas razones, el Señor Juez de Cámara, doctor Eduardo R. Machin, adhiere al voto anterior. El Dr. Garibotto dice: Si bien comparto cuanto la sra. vocal preopinante ha expuesto acerca de la legitimación residual con que cuenta la actora para conducirse del modo en que lo hizo, disiento, empero, con la solución que ha propuesto dar al caso traído a conocimiento del Acuerdo. Explicaré la razón de esta disidencia.

i. La cláusula 2° de las denominadas Condiciones Generales para los Seguros de Accidentes Personales que forma parte de la póliza que vinculó a Calico S.A. con La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A. cuyo contenido puede examinarse en fs. 143, en lo que me interesa destacar previó que ¿El Asegurador se compromete al pago de las prestaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera (...) algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez ...; y definió al aludido accidente como ¿toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de, o con, un agente externo?. Sin embargo, y así lo dijo la demandante en la pieza inaugural del expediente, resulta que el fallecimiento del sr. Enrique se produjo por causa de un paro cardiorrespiratorio no traumático, que la propia actora (cónyuge de aquél) calificó de imprevisto (fs. 27 vta., ap. 28°).

ii. Cual es sabido, un elemento fundamental en la operación aseguradora lo constituye el riesgo, no solamente por ser esencial para su existencia, sino porque la responsabilidad para el asegurador depende de la realización del siniestro que aquel ampara; correlativamente otro de los requisitos del riesgo es que debe estar determinado específica y concretamente, como recaudo necesario para el asegurador a los fines de medir exactamente su naturaleza y alcance en el preciso momento de la celebración del contrato. (i) La determinación del riesgo, entonces, constituye un elemento esencial para el contrato de seguro, pues permite identificar cuál es el alcance de la garantía asumida por el asegurador y cuál es el evento al que se halla subordinada su obligación (conf. Stiglitz, en ¿Derecho de Seguros. 5ta. edición actualizada y ampliada?, tº. I, págs. 225 y sig., ed. La Ley, Buenos Aires, 2008).

De lo que se sigue que la extensión del riesgo y los beneficios otorgados por la póliza deben interpretarse literalmente, ya que lo contrario provocaría un grave desequilibrio en el conjunto de las operaciones de la compañía. Ergo, no es jurídicamente posible una interpretación extensiva del contrato. En pocas palabras, la extensión del riesgo asegurable y los beneficios otorgados en la

póliza deben interpretarse literalmente, porque cualquier concesión que importe ampliación, producirá un grave desequilibrio respecto de la necesaria equivalencia entre riesgo y prima (esta Sala, ?Martínez, María c/ Cía. de Seguros La Tandilense S.A.?, 27.6.79; íd., ?Boure, Jorge c/ Arco Iris Coop. de Seguros Ltda.?, 17.5.84; íd., ?Grandinetti, Pascual c/ Seguros Bernardino Rivadavia Coop. Ltda.?, 5.2.10; íd., ?Cirio de Rojas, Dolores c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 20.4.11; íd., ?Transchemical S.A. c/ Boston Compañía Argentina de Seguros S.A.?, 25.9.12; íd., ?Tecnocom San Luis S.A. c/ Megatom S.A.?, 25.6.13, entre otros.).

(ii) Por otra parte, es sabido que el seguro no cubre riesgos genéricos, sino solo los especificados por la póliza. De manera que de ocurrir el siniestro fuera del marco de la cobertura, aquél quedará al margen de las condiciones previstas en el contrato. Visto entonces que en el contrato de seguro el riesgo debe ser cuidadosamente individualizado y precisado, con mayor razón resulta exigible esa concreta, formal y particularizada determinación cuando se trata de exclusiones o limitaciones de la garantía. Lo cual es así, porque constituye principio recibido en el Derecho de Seguros que en caso de duda acerca de la extensión del riesgo, debe estarse por la obligación del asegurador -interpretación restrictiva, según recién señalé-, habida cuenta que es quien se encuentra en mejores condiciones para fijar precisamente y de manera indubitada la extensión clara de sus obligaciones, sin que pueda pretender crear en el espíritu del tomador la falsa creencia de una garantía inexistente. De lo expuesto se sigue (i) que no es jurídicamente posible una interpretación extensiva del contrato si no puede ser sostenida en la buena fe; y (ii) que si alguna duda planteara la póliza, corresponde estar por la obligación del asegurador, ya que éste redactó el contrato y estuvo, por ello, en condiciones de señalar con precisión, atento a la amplitud de los elementos asegurados, el límite de sus obligaciones.

iii. Así las cosas, a mi juicio debemos concluir que la causa que provocó la muerte del asegurado no se halló contractualmente prevista como riesgo en la póliza, en tanto no fue producto de un accidente provocado por la acción repentina y violenta de, o con, un agente externo. La claridad del texto con que fue concebida la cláusula a que aludí en el cap. i., que no autoriza otra interpretación que la literal, no deja en mi ánimo el menor resquicio de duda alguna y, por el contrario, me persuade de la imposibilidad de interpretar extensivamente esa previsión contractual.

iv. Por cierto que no olvido que, denunciado el siniestro, la aseguradora no se pronunció. En tal escenario correspondería (así, en potencial) considerar aceptado tácitamente el siniestro. Empero, para que el siniestro pueda considerarse tácitamente aceptado debe haber habido siniestro amparado por la cobertura, y ya se vió que en este caso el evento que derivó en el fallecimiento del asegurado resultó ajeno a la cobertura contratada. Coincido, así, con cuanto fue juzgado en la instancia de grado, en el Consid. C de fs. 382 vta.

v. Por lo expuesto, a mi juicio corresponde confirmar la sentencia, tal y como fue pronunciada. Así voto. Con lo que terminó este acuerdo que firmaron los señores Jueces de Cámara doctores: Eduardo R. Machin, Julia Villanueva Juan R. Garibotto (en disidencia). Ante mí: Manuel R. Trueba. Es copia de su original que corre a fs. ... del libro de acuerdos N° ... Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial de la Capital Federal Sala "C".

Manuel R. Trueba Prosecretario de Cámara Buenos Aires, 21 de abril de 2016. Y VISTOS: Por los fundamentos del acuerdo que antecede se resuelve revocar la sentencia apelada y, en consecuencia, hacer lugar a la demanda condenando a La Meridional Compañía Argentina de Seguros SA a pagar a Dominga Patanella los importes que resulten de aplicar las pautas fijadas en el punto 4 de las consideraciones precedentes. Costas de ambas instancias a la demandada, por haber resultado vencida (art. 48 del código procesal). Notifíquese por Secretaría. Devueltas que sean las cédulas debidamente notificadas, vuelva el expediente a la Sala a fin de dar cumplimiento a la comunicación ordenada por el art. 4° de la Acordada de la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación 15/13, del 21.5.2013.

Eduardo R. Machin Julia Villanueva Juan R. Garibotto (en disidencia) Manuel R. Trueba Prosecretario de Cámara Correlaciones: González, Ángel M.: ?La correcta interpretación del artículo 56 de la ley de seguros a través de un precedente esclarecedor?, Temas de Derecho Comercial, Empresarial y del Consumidor, Marzo 2017

012034E