

## Seguro De Vida Plazo Para Pretender El Cobro

DOMINGO, 10 DE ENERO DE 2021

### JURISPRUDENCIA

Seguro de vida. Plazo para pretender el cobro En el marco de un juicio ordinario, se revoca la sentencia por la que se rechazó la demanda intentada por los hijos de quien tenía un seguro de vida, ya que no fue rebatido que los quejosos hubieren conocido la existencia del beneficio el mismo día en que formularon ante la empleadora del causante la denuncia del siniestro y cuando se inició el proceso de mediación previo, el plazo de tres años no se había consumido. En Buenos Aires, a los 17 días del mes de mayo de dos mil dieciséis, reunidos los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos para conocer los autos ?MEDINA, LUISA ISABEL Y OTROS c/ ORÍGENES SEGUROS DE VIDA S.A. s/ ORDINARIO? (expediente n° 45.757/2003 Juzg. 26, Sec. 51), 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 Garibotto, Villanueva y Machin. Estudiados los autos, la Cámara plantea la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada de fs. 828/36? El Señor Juez de Cámara, doctor Juan Roberto Garibotto dice: I. La litis y la sentencia de primera instancia. En apretadísima síntesis, pues los hechos y el derecho que sendas partes invocaron fueron suficientemente relacionados en la sentencia, este litigio versa sobre lo siguiente: i. Luisa Isabel Medina, quien inicialmente demandó por sí aunque luego aclaró hacerlo en representación de sus hijos L. I., R. A. y N. G. B., todos ellos beneficiarios de un seguro de vida colectivo contratado por la empresa San Sebastián S.A. en favor de Abelardo Domingo B. -cónyuge de la primera y padre de aquéllos, que falleció-, reclamó de Orígenes Seguros de Vida S.A. (antes La Estrella Compañía Argentina de Seguros de Vida S.A.; luego Juncal Compañía de Seguros de Vida S.A.) el resarcimiento tarifado en la póliza e indemnización del daño moral, que cuantificó en \$ 2.000. Afirmó la pretendiente que su cónyuge, en el curso de su desempeño laboral en aquella empresa, padeció una incapacitación total y absoluta cuyos alcances describió, agregó que al tomar conocimiento de ello en agosto de 2002 denunció el siniestro ante la empleadora, y aseveró que la aseguradora nunca se pronunció. ii. Tres cosas hizo la defensa: interpuso excepción de prescripción, sostuvo que la actora carece de legitimación para reclamar la indemnización y, a todo evento, respondió la demanda. (i) Sobre lo primero, invocó la norma del art. 58 de la Ley de Seguros, párrafo 1°, y aseveró que el plazo allí dispuesto había corrido con holgura cuando se inició el proceso de mediación previo a este litigio. (ii) Respecto de lo segundo, adujo que la iniciante, en su condición de concubina, carece de legitimación, y que son sólo los herederos legítimos del causante quienes cuentan con ella. (iii) Y en lo que concierne a lo restante, luego de admitida la existencia de la contratación y de reseñados los alcances de la póliza, dijo no constarle que alguna denuncia de siniestro hubiere sido formulada por los actores y que Abelardo Domingo B. habíase desvinculado de la tomadora del seguro mucho antes de su fallecimiento. iii. La primer sentenciante rechazó la demanda, con costas que impuso a la parte actora. Así lo decidí por cuanto, con base en lo dispuesto por el párrafo 1° del art. 58 de la ley 17.418 consideró corrido el plazo de prescripción. Señaló la sra. juez que según reconoció la parte actora, ese plazo es computable desde que se conoce la portación de la minusvalía; halló que conforme se desprende del formulario de denuncia del siniestro, tal cosa acaeció en junio de 2001 y, con base en todo ello, concluyó que cuando el proceso de mediación fue iniciado, el 6 de marzo de 2003, había transcurrido el plazo anual regulado en el primer párrafo de la norma de mención. En tales términos la sentencia fue pronunciada. II. El recurso. Apeló la parte actora (fs. 838), quien expresó los agravios de fs. 847/8 que no merecieron respuesta de la defensa. Lógicamente, el recurso fue destinado a rebatir la juzgada admisión de la defensa de prescripción, con una triple argumentación. (i) Sostuvo la quejosa que no cupo considerar, como fecha inicial del cómputo del plazo prescriptivo, aquella en que el causante tomó conocimiento de su minusvalía (8 de junio de 2001), sino que ese cálculo debió principiar el 20 de agosto de 2002, data en la que los actores se anoticiaron de la existencia del beneficio y formularon la denuncia del siniestro ante San Sebastián S.A. Con esa base la quejosa concluyó que desde ese momento hasta que fue iniciado el proceso de mediación, no corrió el plazo anual regulado por el art. 58 de la ley de la materia. (ii) Invocación mediante de lo dispuesto en el párrafo final de esa misma norma, afirmó la apelante que aquel plazo fue de tres años y no de uno. (iii) Por último, la recurrente sustentó la procedencia de la queja en la norma de los arts. 3 y 50 de la ley 24.240. III. La solución. 1. Una inicial aclaración. Aunque con alguna tardanza, dos de las demandantes que en el curso del litigio arribaron a la mayoría de edad (me refiero a L. I. y a N. G. B.), finalmente comparecieron a los autos y tomaron la intervención que les compete, según así lo dispuso esta Sala en el proveimiento de fs. 864. Nada obsta, pues, a que emita este voto desde que el tercero de los coactores (R. A. B.), también mayor de edad, mucho antes había otorgado el apoderamiento que corre en fs. 108/9. Aclarado esto, prosigo. 2. Del recurso que interpuso la parte actora. Es indudable que la parte recurrente lleva razón y, por ende, que la

sentencia debe ser revocada. i. Pues por sobre cualquier consideración que pudiere efectuarse, ocurre que en tanto de los beneficiarios del seguro de vida se trata (quienes indudablemente revisten tal condición a estar a lo informado en fs. 51), juega en la especie lo dispuesto en el último párrafo del art. 58 de la Ley de Seguros. Es ésta una normativa especial que halla su razón de ser en el hecho de que los beneficiarios del seguro de vida pueden desconocer tanto la existencia del aseguramiento cuanto la condición de tales, lo cual les coloca en una situación de verdadera imposibilidad de hecho que no podría reputarse como ?inactividad? para hacer valer sus derechos. De allí que, para tal supuesto, la norma expresamente dispone que ?...el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años desde el siniestro? lo cual reconoce su lógica porque, por un lado protege a quienes han desconocido la existencia del seguro o sus caracteres de beneficiarios y, por el otro, atiende al interés de la propia aseguradora que por el lapso de mención (que es un plazo máximo para que opere la prescripción), por disposición de la Superintendencia de Seguros de la Nación debe mantener las llamadas ?reservas técnicas? hasta la culminación de ese mismo lapso. ii. Así las cosas, y por cuanto no fue rebatido que los quejosos hubieren conocido la existencia del beneficio el mismo día en que formularon ante la empleadora del causante la denuncia del siniestro (lo que a estar al instrumento de fs. 3, cuya autenticidad fue demostrada con lo informado en fs. 240, ocurrió el 16 de agosto de 2002), resulta que cuando fue iniciado el proceso de mediación previo a este litigio (el 6 de marzo del año siguiente; cfr. fs. 1/2), aquel plazo de tres años no se había consumido. Esto solo alcanza para adoptar decisión sin que sea menester abundar en mayores consideraciones, esto, sin perjuicio de señalar que las restantes articulaciones formuladas por la parte recurrente son, en este caso, igualmente procedentes. La solución es, pues, la adelantada: la sentencia debe ser revocada. 3. De la pertinencia del análisis y juzgamiento de la restante excepción que introdujo la defensa y de la cuestión de fondo. De ser compartido cuanto llevo dicho por mis colegas, queda habilitado el tratamiento de lo restante de lo que fue articulado por sendas partes del proceso. Por cierto que no dejo de advertir que, al haber decidido del modo en que lo hizo, la sra. juez de grado no se pronunció sobre la otra defensa -de ausencia de legitimación- que la demandada interpuso, ni juzgó sobre el fondo de la cuestión planteada. Sin embargo, el principio de la doble instancia sólo exige que existan dos sentencias que examinen la demanda y el responde, pero no que cada una de las cuestiones planteadas se sometan a la doble instancia: en tal sentido, siempre ha sostenido la Corte Suprema de Justicia de la Nación que, en materia civil, la garantía constitucional de la defensa en juicio no requiere la doble instancia judicial (Fallos 171:366; 182:383; 186:337; 187:79; 191:228; 192:162; 203:315; 211:1534; 212:105; 214:413; 215:156; 216:604; 217:205; 218:208; 220:543; 221:40; 222:509; 241:195; 243:296; 245:200; 246:357; 247:419; 249:543; 250:12; 251:72; 253:15; 320:1847; 320:2145; 322:2488; 322:3241; 322:2357); así lo ha decidido esta Sala, entre otros, en autos ?Rheinstahl S.A. c/ Mércuri, Alfredo?, el 14.9.88; en ?Consumidores Financieros Asociación Civil para su Defensa c/ Banco de Santa Cruz?, el 25.3.13; en ?L'Huillier, Omar Oscar c/ Metropolitan Seguros de Vida S.A.?, el 20.2.14; y en ?Ruberto, Guillermo Miguel c/ Caputo S.A.?, el 8.3.16; y lo enseña la doctrina (v. por todos, Alsina, en ?Tratado teórico práctico de Derecho Procesal Civil y Comercial?, tº. 2, pág. 694, ed. Ediar, Buenos Aires, 1965). Razones de economía procesal justifican la adopción de tal temperamento, en tanto el expediente ha tramitado en su totalidad y las pruebas que sendas partes ofrecieron fueron producidas. Sustentado en todo ello, procederé. 4. De la invocada ausencia de legitimación activa. i. A través de la excepción de falta de legitimación se investiga si el accionante o el accionado están investidos de la legitimatio ad causam, esto es, si existe identidad entre la persona del actor y aquélla contra la cual la acción esta concedida (activa), o entre la persona del demandado y aquélla contra la cual se concede (pasiva). Es la demostración de la calidad de titular del derecho del demandante y de la calidad de obligado del demandado lo que determina, o no, la admisión de la defensa. En consecuencia, la legitimación es la idoneidad de la persona para realizar un acto jurídico eficaz, inferida en su posición respecto del acto, diferenciándose de la capacidad en que está expresa una aptitud intrínseca del sujeto, mientras que aquélla se refiere directamente a la relación jurídica y sólo a través de ella a los sujetos (esta Sala, ?Cámara Correntina de Farmacias c/ Medicus S.A. de Asistencia Médica y Científica?, 7.6.11; íd., ?Visor Enciclopedias Audiovisuales S.A. c/ The Walt Disney Company Argentina S.A.?, 24.6.11; íd., ?Padro, Daniel c/ Control Systems Argentina S.A.?, 8.3.12; íd., ?Torre Juan Manuel c/ Guini S.A.?, 9.9.11; íd., ?Laboratorios MC S.R.L. c/ Chidiak, Liliana?, 23.4.10; íd., ?DLT Sistemas Gráficos S.R.L. c/ Expreso Oliva Hnos. S.R.L.?, 23.12.14; íd., ?Katz, Christian Manuel c/ Acura S.A.?, 10.3.15; íd., ?Vali S.A. c/ Leone, Nora Susana?, 4.12.15; cfr. Morello- Sosa Berizonce, en ?Código Procesal Civil y Comercial?, tº. IV, pág. 334; también Alsina, en ?Derecho Procesal?, tº. I, págs. 388/393, ed. Adiar, Buenos Aires, 1956; y Palacio, en ?La excepción de falta de legitimación manifiesta para obrar?, publ. en ?Revista Argentina de Derecho Procesal? nº 1, pág. 168, Buenos Aires, 1960). ii. Con tal basamento no cabe sino el rechazo de la defensa. Pues ocurre que a quien le fue atribuido carecer de tal cualidad -Luisa Isabel Medina, concubina del causante designada beneficiaria junto con sus hijos menores de edad (v. nuevamente el informe que corre en fs. 51)- si bien en el escrito inaugural del expediente dijo demandar por sí y en representación de sus vástagos (fs. 10 vta., in capit) luego, cuando respondió la excepción de que trato, claramente resignó el carácter de demandante que inicialmente había invocado. Tal cosa se desprende, sin hesitación,

del escrito de fs. 82/7 donde, por intermedio de su apoderado, señaló que "En el caso del fallecido sr. Abelardo B., designó como beneficiarios a sus hijos en representación de los cuales interviene en autos la sra. Medina, madre de los mismos", y a renglón seguido expresó que "En consecuencia, se ha dejado aclarado (...) que la actora en este proceso interviene en representación de sus hijos (así erróneamente escrito) menores que resultan beneficiarios del seguro de autos? (sic, fs. 86 vta., 3° y 4° párrafos). No es necesario, pues, abundar en mayores consideraciones para decidir la desestimación de la excepción, desde que lo que he transcrito de lo expuesto por quien fue apoderado por la propia Medina conlleva los alcances de una renuncia del derecho que inicialmente ella invocó que, en tanto no fue dicho o insinuado lo contrario, hemos de colegir que fue voluntariamente formulada (arts. 944 y sig. del Cód. Civil y Comercial). En tales condiciones, la desestimación de la defensa de que trato viene impuesta, y así he de proponerlo al Acuerdo. 5. Del fondo del asunto planteado en el litigio. Quedó dicho (en el cap. 2.ii.) que una vez conocido por los causahabientes del asegurado la existencia del beneficio, el 16 de agosto de 2002, por vía postal, fue denunciado el siniestro ante la empleadora de aquél, San Sebastián S.A. (v. nuevamente fs. 3 y 240). Bien se condujo la denunciante. i. Digo esto, desde que según fue dispuesto en la cláusula 2° del denominado Suplemento N° 1 de la póliza que corre en fs. 653/71 (v. concretamente fs. 665), "Corresponde al asegurado o a sus beneficiarios, por intermedio del Contratante, denunciar la existencia de la invalidez..." (lo entrecomillado es cita textual, lo subrayado me pertenece). La claridad del texto con que esa norma convencional fue concebida no puede sino conducir a otorgar validez a la denuncia del siniestro, efectuada ante la empleadora del causante (San Sebastián S.A.) por quienes fueron designados sus beneficiarios. Alcanza entonces con mencionar que reiteradamente fue juzgado, y la doctrina se halla conteste, que cuando se reclama el cobro de la indemnización por incapacidad total y permanente con base en un seguro de vida colectivo, resulta válida la denuncia del siniestro efectuada por el asegurado o sus causahabientes, por escrito y por intermedio de la tomadora del seguro, remitida por vía postal junto con el informe médico descriptivo de la incapacidad. Ello es así, toda vez que la ley no establece forma específica alguna para la ejecución de tal carga ni requiere un texto sacramental, en tanto se cumpla con la finalidad de poner en conocimiento de la tomadora del seguro y, por su intermedio, a la compañía de seguros, el acaecimiento del hecho generador del derecho (esta Sala, "Saitún, Hugo c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 15.10.04; íd., "García, Ricardo c/ Aseguradora Industriales S.A. Compañía de Seguros", 2.11.04; íd., "Martínez, Bernardo F. c/ Caja de Seguros S.A.", 23.4.10; CNCom Sala A, "Lares, Alberto c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 8.6.05; íd., "Flores, Esteban c/ Caja de Seguros S.A.", 2.5.06; íd., "Cespi, Alberto c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 26.10.06; Sala D, "Benítez, Juan Carlos c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 20.4.06; íd., "Rodríguez, Román c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 2.10.07; íd., "Debello, Carlos c/ Caja de Seguros S.A.", 30.10.08; Sala E, "Junco, Patricia c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 17.8.04; íd., "Berón, Mariano c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 6.9.07, entre muchos; cfr. Meilij y Barbato, en "Tratado de Derecho de Seguros", págs. 139 y sig., ed. Zeus, Buenos Aires, 1975; Stiglitz, en "Derecho de Seguros", tº. II, pág. 213, ed. La Ley, Buenos Aires, 2004). ii. Dos son las consecuencias que derivan de lo anterior. (i) La primera, que corresponde considerar denunciado el siniestro, toda vez que la eventual omisión en que pudiere haber incurrido la tomadora-empleadora del causante de hacer conocer a la compañía aseguradora, envío mediante, la existencia de esa denuncia, no es oponible al trabajador ni, en este caso, a sus beneficiarios luego de producido el fallecimiento de aquél (esta Sala, "Susuli, Andrés B. c/ Generali Corporate Compañía Argentina de Seguros S.A.", 6.2.04; íd., "Saitún, Hugo A. c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 15.10.04; íd., "Grizzia Petrona A. c/ Caja de Seguros de Vida S.A.", 19.10.04; íd., "Trusso Ricardo Augusto c/Compañía Royal & Sun Alliance Seguros S.A.", 7.3.08, entre otros). (ii) La restante, que ante la ausencia de pronunciamiento por parte de la aseguradora, corresponde juzgar que el siniestro fue tácitamente aceptado (art. 56 in fine de la ley 17.418; v. Stiglitz, en op. cit., tº. II, págs. 279 y sig.). iii. Por ser tal el caso, la suerte de la defensa aparece sellada. Porque sin perjuicio de que en varias oportunidades he sostenido que no basta la sola aceptación tácita del siniestro sino que además debe demostrarse su existencia, porque no podría considerarse tácitamente aceptado un evento no probado (v. a modo de ejemplo, mis votos en disidencia vertidos en las causas "Amaya, Jorge Aníbal c/ Caja de Seguros de Vida S.A." y "Bordisso, Alejandro Marcelo c/ Caja de Seguros S.A.", ambas sentenciadas el 4.12.12), resulta que en este caso sí se demostró que el asegurado padeció una enfermedad pulmonar obstructiva crónica que contrajo mientras se desempeñó como empleado de la tomadora del seguro San Sebastián S.A. En efecto. (i) Así lo dictaminó en fs. 753/4 el perito médico designado en la actuaciones quien, lógicamente, examinó el contenido de las historias clínicas remitidas a los autos por la Clínica Privada Fátima Escobar (fs. 214/39 y 439/585) y por el Hospital Erill de Escobar (fs. 603/13), todas ellas abarcativas del período en que el causante fue dependiente de San Sebastián S.A. Basado en lo que de ellas se desprende, el galeno, en respuesta a un pedido de explicaciones formulado por la parte actora, señaló que "el sr. B. padecía una grave insuficiencia respiratoria que lo llevó a la muerte a los 51 años de edad (...) provocada por neumoconiosis debida a la inhalación crónica de productos relacionados con su trabajo" (fs. 761). (ii) En lo que se refiere al grado de la incapacidad derivada de esa enfermedad, el mismo perito explicó que si bien la valoración de la insuficiencia respiratoria se realiza por medio de una espirometría, tal examen no pudo hacerlo pues el asegurado había fallecido ocho años antes. No obstante ello, señaló que

según el Baremo de usual utilización ?corresponde a la neumoconiosis con prueba funcional respiratoria alterada una incapacidad permanente con valores mínimos de 20% a máximo de 80%?, y concluyó del modo siguiente: dictaminó que ?Al no poseer un examen funcional respiratorio este perito solo puede decir que su afección (se refiere, es obvio, a la padecida por el causante) se encontraba, por su repercusión clínica importante que lo llevó a la muerte, en valores más cercanos a los límites máximos que a los mínimos? (v. otra vez fs. 761, lo entrecomillado es cita textual). (iii) Comparto esto último: es de pura lógica que el prematuro fallecimiento de don Abelardo Domingo B. sólo pudo deberse a la gravedad de la enfermedad que portaba lo que, entonces, autoriza a graduar la incapacitación en un porcentaje elevado. Así -lo reitero- lo dictaminó el experto, y ese dictamen no fue impugnado por la defensa. Es, entonces, suficiente recordar que la pericia médica traduce a los jueces -legos en esa materia- en lenguaje inteligible, las vinculaciones de causa-efecto que puedan suceder entre acontecimientos probados. Su apreciación corresponde a los magistrados. Y aún cuando la pericia no tenga carácter vinculante para el juez, el apartamiento de sus conclusiones debe encontrar apoyo en razones serias, en fundamentos objetivamente demostrativos de que no se halla reñida con principios lógicos o máximas de experiencia; resulta preciso invocar razones fundadas las que, a su vez han de reposar sobre elementos de juicio al menos de igual jerarquía que los invocados por el experto, que permitan desvirtuar el informe. Esto, quedó recién dicho, no fue hecho en el curso de la litis. De modo que según las reglas de la sana crítica (arts. 477 y 386 del Cód. Procesal) hallo suficientemente fundado el peritaje analizado, que aparece confeccionado por quien resulta ser idóneo en la materia de que se trata (esta Sala, ?De Martino, Rafael Luis c/ Telearte S.A. Empresa de Radio y Televisión?, 29.12.09; íd., ?Videtta de Spitaleri, Antonia c/ Centro Automotores S.A.?, 5.3.10; íd., ?Romano, Claudia Alejandra c/ General Motors de Argentina S.R.L.?, 24.6.10 íd., ?Alfonso, Liliana Beatriz c/ La Nueva Cooperativa de Seguros Ltda.?, 8.10.10; íd., ?Cuzzuol S.R.L. c/ Federación Patronal Cía. De Seguros S.A.?, 24.6.11; íd., ?Instituto Cardiovascular Infantil S.A. c/ Staff Médico S.A.?, 17.4.12; íd., ?De Fazio, Néstor Norberto c/ Automóvil Club Argentino?, 1.6.12; íd., ?Garac, José c/ Ford Argentina S.A.?, 4.6.12; íd., ?Cordero, Daniel Horacio c/ Galeno Argentina S.A.?, 13.8.14). iv. Resta, entonces, cuantificar el resarcimiento que, según lo contratado, corresponde que la aseguradora sufrague. (i) Con tal objeto el perito en contabilidad, luego de examinado el libro laboral exigido por el art. 52 la Ley de Contrato del Trabajo llevado por San Sebastián S.A., dictaminó que la mejor remuneración que en esa empresa percibió el causante B. en junio de 2000 ascendió a \$ 1.232,43 y, de seguido, calculó la suma que a los beneficiarios del seguro corresponde percibir en \$ 24.648,60 (fs. 700 y vta.). El peritaje a que aludo no fue impugnado por las partes. Y de otro lado, veo que el cálculo realizado por el perito se condice con lo previsto en la póliza que vinculó a aquella empresa con la por ese entonces denominada Juncal Compañía de Seguros de Vida S.A.(fs. 663 y 665). (ii) Sustentado en todo esto, corresponde que fijemos la suma que debe sufragar la aseguradora (ahora, Orígenes Seguros de Vida S.A.) en \$ 24.648,60 que engrosará con intereses que se computarán según la tasa activa que utiliza el Banco de la Nación Argentina en sus operaciones de descuento a 30 días. Tal es la alícuota que, a mi juicio y por tratarse de un crédito indudablemente de carácter alimentario corresponde establecer para la facción de la cuenta, desde que era ésa la utilizada en la época en que el capital debió ser sufragado (art. 565 del derogado Cód. de Comercio, y art. 622 del también derogado Cód. Civil). El cálculo de los réditos principiará el 31 de agosto de 2002 (fecha ésta en que la aseguradora debió pronunciarse; cfr. el art. 3° del Suplemento n° 1 de la póliza, fs. 665), y correrá hasta el día en que se efectivice el pago. v. Hallo también procedencia al demandado resarcimiento del daño moral. (i) Así lo anticipo, porque más allá de cuanto he dicho en los ap. i. y ii. de este cap. 5., aún considerando que la aseguradora, hasta que fue iniciado el proceso de mediación previo a este litigio ninguna noticia había recibido por parte de la tomadora del seguro acerca de la denuncia del siniestro formulada por los beneficiarios ante la empleadora de aquél; aún así una vez conocida, inmediatamente debió solicitar las constancias demostrativas de la enfermedad que condujeron a la muerte al asegurado y, munida de ellas, pronunciarse. Empero y según se ve, nada hizo. Y por el contrario, interposición mediante de una defensa prescriptiva a todas luces improponible, puesto que no podríamos pensar que la aseguradora, dada su especialización, habría desconocido el contenido del tercer párrafo del art. 58 de la ley de la materia, obligó a la actora a recorrer un extenso trámite para, finalmente, obtener aquello que le es debido. Sólo, pues, he de recordar que el seguro es un contrato que tradicionalmente ha sido calificado como de uberrimae bona fidei en donde las partes deben conducirse con buena fe en la celebración y en la ejecución de sus obligaciones, y si los principios de la buena fe hallan una aplicación más frecuente y rigurosa, ello obedece a la naturaleza del contrato y a la posición especial de las partes (Halperin-Morandi en ?Seguros?, tº. I, pág 50, ed. Depalma, Buenos Aires, 1986; Stiglitz, en ?Derecho de Seguros?, tº. I, pág. 605, ed. La Ley, Buenos Aires, 2004). Y ese cumplimiento se espera especialmente en la etapa de ejecución del negocio jurídico, sobre todo cuando se produce el siniestro, oportunidad en la que la entidad aseguradora debe demostrar mayor transparencia en su conducta e inobjetabilidad en su proceder, circunstancia ésta que, por tratarse de una sociedad con alto grado de especialización en la materia, se condice con el profesionalismo que corresponde exigirle en atención a las consecuencias que pueden derivarse de su actuar (esta Sala, ?Fiarjo S.A. c/ HSBC La Buenos Aires de Seguros S.A.?, 19.6.14; íd., ?Marvaso, Oscar Felipe c/ Caja de Seguros

S.A.?, 4.5.15). (ii) En este escenario, a mi juicio aparece configurado un agravio de índole moral que se vincula con el concepto de desmedro extrapatrimonial o lesión en los sentimientos personales. Tanto en el ámbito de la responsabilidad contractual como en el campo de los hechos ilícitos, el resarcimiento del daño moral es procedente (art. 1741 del Cód. Civil y Comercial, antes arts. 522 y 1078 del Cód. Civil; v. Lorenzetti, en *¿Código Civil y Comercial de la Nación comentado?*, tº. VIII, pág. 498 y sig., ed. Rubinzal Culzoni, Buenos Aires, 2015). Precisamente, el resarcimiento por daño moral está dirigido a compensar los padecimientos, molestias y angustias sufridas por la víctima de la iniuria en el plano espiritual, a consecuencia de un incumplimiento imputado al deudor. Así visto este asunto y dado lo que ocurrió, no fue menester que se produjera prueba del sufrimiento moral que, por lo visto, se configuró por sí mismo y, por ende, hemos de concluir que nos hallamos ante una prueba in re ipsa, es decir, que surge inmediatamente de los hechos, que su vinculación no se encuentra sujeta a cánones estrictos y que no es, por lo tanto, necesario aportar prueba directa sobre tal padecimiento (esta Sala, *¿Jakím, Horacio c/ Amparo Cía. Argentina de Seguros S.A.?*, 21.9.92; *íd.*, *¿Cortés, Vicente c/ Guini, Héctor -Automóviles Barracas-?*, 22.6.93; *íd.*, *¿Schmiegelov, María c/ Asoc. Mutual de Psicólogos?*, 6.6.94; *íd.*, *¿Von Scheidt, Gustavo c/ Sluman, Carlos?*, 3.12.10; *íd.* *¿Navarro de Caparrós, Aída del Valle c/ Suizo Argentina Cía. de Seguros S.A.?*, 20.12.10; *íd.*, *¿Gorrini, Gustavo Adrián c/ Mercantil Andina Cía. de Seguros S.A.?*, 3.10.11; *íd.*, *¿Dumontó, Guillermo Vicente c/ Visa Argentina S.A.?*, 1.6.12; *íd.*, *¿Brunetti, Ricardo Hugo Esteban c/ Banco do Brasil S.A.?*, 4.10.12; *íd.*, *¿Alessandri, Néelson c/ J.B. Inversora S.A.?*, 8.11.12; *íd.*, *¿Besutti, Marino c/ El Comercio Cía. de Seguros a prima fija S.A.?*, 5.3.13; *íd.*, *¿Albiñana, Jorge Alberto c/ Guido Guini S.A.?*, 10.6.14; *íd.*, *¿Casellas, Eduardo Enrique c/ Banco Santander Río S.A.?*, 14.4.15; *íd.*, *¿Fregonessi, Rodolfo Ítalo c/ ADT Security Services S.A.?*, 15.3.16; cfr. Bustamante Alsina, en *¿Equitativa reparación del daño no mensurable?*, publ. en LL. 1990-A-654). (iii) Frente al panorama descripto, pienso que \$ 2.000 cual en la pieza de inicio fue requerido, son suficientes para resarcir el padecimiento de que trato, que propongo fijar sustentado en la norma del art. 165 del Cód. Procesal y que acrecerá con intereses que se computarán de la forma y con los alcances arriba referidos. vi. En lo que concierne a las costas devengadas en la instancia de grado, en mi criterio deben ser impuestas en su totalidad a la aseguradora, dada su condición de vencida en la contienda (cpr 68). Mas no corresponde imponer costas en esta Alzada, por no haberse generado por ausencia de contradictorio. IV. La conclusión. Propongo, pues, al Acuerdo que estamos celebrando (i) estimar el recurso introducido por la parte actora; (ii) por consecuencia, revocar la sentencia de grado; y (iii) por las consideraciones aquí vertidas hacer lugar a la demanda y condenar a Orígenes Seguros de Vida S.A. a pagar a R. A. B., a L. I. B. y a N. G. B., en diez días de aprobada la liquidación correspondiente, \$ 26.648,60 que enriquecerán con intereses que se calcularán, desde el 31 de agosto de 2002 hasta su efectivo pago, a la tasa activa que utiliza el Banco de la Nación Argentina en sus operaciones ordinarias de descuento a 30 días. Con costas de primera instancia a la vencida; sin costas de Alzada por ausencia de contradictorio (arts. 68 y 279 del Cód. Procesal). Así voto. Fundamentos de la Dra. Villanueva: Comparto la solución propuesta por el Dr. Garibotto en orden a revocar la sentencia de primera instancia y, en consecuencia, reconocer los rubros indemnizatorios a favor de los demandantes indicados en su ponencia. No obstante, dos son las precisiones que me exigen los argumentos proporcionados por el distinguido vocal preopinante. La primera de ellas se vincula con la interpretación que cabe asignar al plazo de tres años al que refiere el art. 58, cuarto párrafo de la Ley de Seguros. Comparto la posición de quienes sostienen que no se trata de un plazo de prescripción de la acción sino que refiere al lapso máximo de tiempo -desde ocurrido el siniestro- dentro del cual los beneficiarios de un seguro de vida deberán reclamar el pago del beneficio (Stiglitz, Rubén S., *Derecho de Seguros*, 5ta. ed., La Ley, T. III, Buenos Aires, 2008, acápites 1258 y 1259; en igual sentido, CNCom., Sala A, *¿Ulmete, Asdrubal c/ La Meridional Cía. De Seguros SA. s/ Ordinario?*, 16.6.88; misma Sala, *¿Salvatierra, Amelia Susana c/ Plan Rombo S.A. de Ahorro p/f determinados y otro s/ Ordinario?*, 3.3.11; *íd.* Sala B, *¿Spedale, Gustavo c/ Aseguradoras de Personas Galicia SA s/ Ordinario?*, 28.7.05; *íd.* Sala D, *¿Sanguinetti, Julio c/ Instituto Ítalo Argentino de Seguros Generales SA s/ Ordinario?*, 31.5.94; misma Sala, *¿Ramos, Alberico c/ Caja de Seguros de Vida s/ Ordinario?*, 3.5.07). La prescripción de la acción corre para ellos ¿estos es, para los beneficiarios- desde que toman conocimiento de la existencia del beneficio, plazo de prescripción que, contrariamente a lo sostenido por la juez a quo, no era en la especie el anual establecido en el primer párrafo de la misma norma que se viene analizando, sino el de tres años -por encontrarnos frente a una relación de consumo- que establecía el art. 50 de la ley 24.240 a la luz de la interpretación sostenida por esta Sala en los fallos *¿Álvarez Carlos Luis s/ Aseguradora Federal Argentina SA s/ordinario?*, del 22.8.12, *¿Liguero Hernán Pablo c/ La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A. s/ Ordinario?*, del 16.4.14 y *¿Herrera Héctor Alberto y otro c/ Caja de Seguros S.A. s/ Ordinario?* del 17.12.15 doctrina que considero aplicable en atención al tiempo en que sucedieron los hechos. Aplicados estos conceptos al caso, se advierte que ¿como bien lo señala el Dr. Garibotto- ese conocimiento por parte de los beneficiarios recién sucedió, en ausencia de otra circunstancia que demuestre lo contrario, el 16 de agosto de 2002, de modo tal que a la fecha de interposición de la demanda no sólo no se había encontrado excedido el referido término de tres años previsto en el art. 58 sino tampoco el plazo de prescripción ¿también de tres años- aludido en el párrafo anterior. La segunda aclaración a la que más arriba

referí tiene que ver, finalmente, con el alcance con que debe ser entendida la aceptación tácita del siniestro por parte de la aseguradora. A estos efectos sólo resta precisar que, admitido como fue que la aseguradora no cumplió su carga de pronunciarse en los términos de los arts. 49 y 56 LS, no resultaba necesario indagar acerca de si efectivamente se había configurado el riesgo incluido en la cobertura denunciado por los beneficiarios (ver mi voto en ?Gonzalez Limpia Concepción c/ Caja de Seguros SA s/ Ordinario?, del 8.3.16 y ? Patanella Dominga c/ La Meridional Compañía Argentina de Seguros SA s/ Ordinario?, del 21.4.16, entre otros), dado que, en tal caso, el siniestro debía tenerse por aceptado. Fundamentos del Dr. Machin: Si bien he de compartir la solución propuesta por el Dr. Garibotto, he de dejar a salvo dos puntos. En primer lugar que, como ha señalado la Dra. Villanueva, en el caso por aplicación de los arts. 49 y 56 LS, no resultaba necesario comprobar el acaecimiento del siniestro denunciado, remitiéndome en honor a la brevedad a los términos expresados por mi colega. En segundo lugar, en punto al plazo de prescripción aplicable, comparto que corresponde estarse al plazo de 3 años que prevé la Ley de Defensa del Consumidor en su art. 50, por lo que aun en el supuesto tomado en consideración por la a quo, la misma no se habría producido. Esta circunstancia, por otra parte, torna innecesario expedirse sobre la naturaleza del plazo establecido en el art. 58 párr. 4. Así voto. Con lo que terminó este acuerdo que firmaron los señores Jueces de Cámara doctores: Eduardo R. Machin (por sus fundamentos), Julia Villanueva (por sus fundamentos), Juan R. Garibotto. Ante mí: Rafael F. Bruno. 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". Rafael F. Bruno Secretario Buenos Aires, 17 de mayo de 2016. Y VISTOS: Por los fundamentos del acuerdo que antecede se resuelve estimar el recurso introducido por la parte actora y por consecuencia, revocar la sentencia de grado, haciendo lugar a la demanda y condenando a Orígenes Seguros de Vida S.A. a pagar a R. A. B., a L. I. B. y a N. G. B., en diez días de aprobada la liquidación correspondiente, \$ 26.648,60 que enriquecerán con intereses que se calcularán, desde el 31 de agosto de 2002 hasta su efectivo pago, a la tasa activa que utiliza el Banco de la Nación Argentina en sus operaciones ordinarias de descuento a 30 días. Con costas de primera instancia a la vencida; sin costas de Alzada por ausencia de contradictorio (arts. 68 y 279 del Cód. Procesal). Notifíquese por Secretaría. Oportunamente, 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 (por sus fundamentos) Julia Villanueva (por sus fundamentos) Juan R. Garibotto Rafael F. Bruno Secretario

008647E