

Contrato De Seguro Denuncia De Sinestro

DOMINGO, 10 DE ENERO DE 2021

JURISPRUDENCIA

Contrato de seguro. Denuncia de siniestro Se confirma la sentencia que admitió la acción por cumplimiento de contrato promovida. En Mendoza, a los 11 días del mes de mayo de dos mil diecisiete, reunidos en la Sala de Acuerdo, los Sres. Jueces de esta Excma. Tercera Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributario, trajeron a deliberar para resolver en definitiva los autos N° 255.037/52.369, caratulados "VELA NESTOR RAÚL C/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. P/ CUESTIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO?", originarios del GE-JUAS n° 2 de la Primera Circunscripción Judicial, venidos a esta instancia en virtud del recurso de apelación interpuesto a fs. 170 contra la sentencia de fs. 161/8. Llegados los autos al Tribunal, se ordenó expresar agravios a los apelantes, lo que llevó a cabo a fs. 174/5 la demandada quedando los autos en estado de resolver a fs. 187. Practicado el sorteo de ley, quedó establecido el siguiente orden de estudio: Dres. COLOTTO, MASTRASCUSA y MARQUEZ LAMENA En cumplimiento de lo dispuesto por los arts. 160 de la Constitución Provincial y 141 del C.P.C., se plantearon las siguientes cuestiones a resolver. PRIMERA CUESTION: ¿Es justa la sentencia apelada? SEGUNDA CUESTION Costas. SOBRE LA PRIMERA CUESTION EL DR. COLOTTO DIJO: 1°) La sentencia de la instancia precedente admitió la acción por cumplimiento de contrato promovida por el demandante, sr. Néstor Raúl Vela en contra de Sancor Cooperativa de Seguros Limitada por la suma de \$ 15.000 en concepto de daño moral comprensiva de intereses moratorios y a abonar la indemnización por invalidez total y permanente conforme a la suma que surja de la liquidación a practicar por el perito contador en la etapa de ejecución de sentencia e imponiendo costas a la demandada. 2°) El decisorio fue recurrido por la demandada quien al expresar agravios, manifiesta disconformidad con el fallo apelado. Así se queja de la sentencia por cuanto el razonamiento realizado es incorrecto y no encuentra sustento en las condiciones claras y expresas del contrato celebrado mediante póliza n° ?, como tampoco ha valorado correctamente la prueba pericial. El juez de manera parcial se ciñe a la letra de la pericia médica del dr. Ganum mediante el cual sin realizar la práctica de estudios médicos de diagnóstico (RMN, radiografías, análisis) ni evaluar el legajo médico del actor, el galeno adjudica un 67% de incapacidad. Dice que una vez que Sancor recibió la denuncia del siniestro, comunicó al actor la necesidad de ser examinado médicamente para determinar el grado de incapacidad que padecía, cumpliendo en tiempo y forma los pasos a seguir una vez recibida la denuncia, comunicando también el rechazo del siniestro justificando los extremos de su postura. Que efectivamente se realizaron los estudios complementarios y de los que surgió que la incapacidad no correspondía a las lesiones que acusaba y que no superaba el mínimo establecido para configurar el siniestro, lo que se comunicó de manera fehaciente a Vela por CD, por lo que resulta falaz afirmar que se violaron los derechos del consumidor. La valoración parcial de la prueba pericial médica, el no ahondar en las causas de las dolencias ni constatar las mismas con estudios complementarios lleva a un decisorio injusto. Dice que el a quo ha seguido el siguiente razonamiento, producida la incapacidad del actor por enfermedad, alguien deber ser responsable, sin analizar cuáles supuestos ha previsto el contrato de seguros celebrado por las partes y a la constatación certera de la incapacidad. Manifiesta con relación a la prueba pericial que se despliega en un informe de dos carillas sin realización de estudios médicos complementarios, basándose en los dichos del actor, del cual el juez se ciñó a la misma, resultando arbitrario su razonamiento, puesto que se deben analizar la totalidad de los estudios médicos practicados al actor y la incapacidad que en su momento determinaron los médicos que lo examinaron. Debe valorarse que se solicitó junta médica una vez recibido el reclamo del asegurado y se dispuso la realización de exámenes médicos y comunicó al actor el resultado de los mismos. Agrega que la sentencia no sigue este procedimiento, el juez no se detiene a analizar dichos puntos, tomando el porcentaje de incapacidad de la pericia. En cuanto a la interpretación del contrato celebrado surge que existe cobertura únicamente para los supuestos de incapacidad total y permanente por enfermedad y accidente. Que de los estudios que se acompañan no surge que padezca dicha incapacidad total por enfermedad. Agrega que el experto contesta las preguntas en forma clara y concisa, que se han seguido los pasos para su determinación, la que al no ser total y permanente no hace procedente el pago del monto establecido en el contrato. En subsidio se agravia del daño moral establecido. 3°) Corrido el correspondiente traslado este es contestado a fs. 178/9 el que en mérito a las consideraciones de hecho que expone solicita el rechazo del recurso. 4°) A fs. 183 obra el dictamen del Sr. Fiscal de Cámaras, quedando luego en estado de resolver. 5°) Debo aclarar en forma preliminar que en autos la parte demandada no se ha agravado de los fundamentos que indica el a quo relativos a la falta de información oportuna del rechazo del siniestro dentro del plazo previsto por el art. 56 LS. En efecto este había mencionado que: a) Las partes intercambiaron una serie de comunicaciones tendientes a determinar si la incapacidad del actor era total o parcial. b) A fs. 35 se agrega nota del 14/3/2014 membretada por Sancor Seguros

y fir-mada por Susana Novelli, Jefa de Siniestros de Seguros Personales en la que se requiere al actor información complementaria. La nota del actor es presentada el 28/5/2014 (fs. 33). c) A fs. 37 obra una nueva nota del 11/6/2014 dirigida al actor en el que se le informan de los turnos médicos y a fs. 34 consta carta documento por la que se rechaza el reclamo 1/7/2014. d) La compañía demandada debió responder a la aceptación o rechazo de su reclamo en virtud del derecho a la información y a recibir una respuesta.

e) Si al actor se le requirió información complementaria y se lo expuso a estudios médicos la respuesta debe de ser acorde a ello y que la C.D. dice textualmente: ?le informamos que luego de evaluar el resultado de la revisión médica se determinó que las patologías invocadas como invalidantes, no superan el mínimo establecido para configurar una incapacidad total y permanente?. f) La aseguradora no puede liberarse de la carga de pronunciarse sobre el derecho del asegurado, máxime si los peritos liquidadores habían arribado a una conclusión respecto del siniestro. Indica que dicha comunicación debe ser precisa, indicando el grado de incapacidad que padece el actor, respetando su derecho a la información. g) No se puede afirmar que la actora podía conocer a ciencia cierta cuál era el motivo del rechazo, a fin de hacer valer su reclamo por la vía jurisdiccional. h) El hecho de no haber determinado el grado de incapacidad que padece el actor impacta negativamente sobre la apreciación de su deber de información, que generan la consecuencia de entender que la decisión de catalogarla como parcial a la incapacidad sin hacer referencia que médico la determinó fue infundada, por lo que deberá la demandada pagar la indemnización reclamada. Los argumentos extractados de la sentencia, no recibieron una sola queja por parte de la aseguradora. Al no agravarse de dichos fundamentos, la sentencia se encuentra firme y consentida respecto de la pretensión en contra de la referida aseguradora, por lo que dicha solución propiciada por el colega de primera instancia resulta incólume a las resultas de esta instancia de apelación, lo que me exime de mayores comentarios. 6º) Sin perjuicio de ello observo que el a quo ha valorado correcta-mente el material probatorio, por lo que el recurso debe ser rechazado. Contrariamente a la opinión vertida en sus agravios por la aseguradora, se observa que la pericia médica no solo abreva en la anamnesis y examen físico practicado al actor sino por el contrario en material probatorio aportado por este al iniciar su demanda y que fue, conforme al auto de sustanciación de pruebas de fs. 92/3, judicialmente reconocido al existir un mero desconocimiento genérico de la documentación efectuada por la demandada. Por consiguiente se encuentra también firme la decisión de tener por ciertos y agregados, no solo el informe médico extendido por la dra. Rosa María Fager, sino también el resto de estudios aportados por el actor, como la presuometría (Mapa), el ecocardiograma bidimensional doppler color, la analítica (análisis clínicos), videoendoscopia digestiva alta, espinograma, trazados EGC, de los cuales específicamente el perito médico indica en su pericia que fueron tomados en cuenta y que constatan las dolencias referidas por la parte actora. De esta manera queda sin contenido la queja sustentada en la ausencia de estudios médicos complementarios, puesto que los relevados, como se apreció, terminan por verificar la incapacidad denunciada por el actor y que constituye el eje del reclamo. Llama la atención la mención insistente de la aseguradora de haberle realizado los estudios médicos complementarios necesarios, sin indicar cuáles eran esos referidos estudios y sin adjuntarlos como material probatorio en los presentes. También indica que la junta médica que se le realizó al actor le comunicó el resultado al actor como la incapacidad por estos designada. Destaco que tampoco existe actuación alguna que permita inferir: a) quienes integraron esa junta, b) sobre que estudios médicos llegaron a la conclusión, c) cuál es la incapacidad a la que supuestamente arribaron y que vuelve a repetir las falencias advertidas por el juez de grado y que aquí no se indican, es decir se sigue en postura de no indicar a qué porcentaje de incapacidad se habría arribado en dicha junta. Volviendo a la pericia médica aquí analizada, de la cual destaco no solo constituye el caudal probatorio, sino también los exámenes e informes de estudios realizados por el actor y acompañados en su demanda, se indicó que el actor además se presentaba con facies depresiva y en estado ansioso, concluyéndose que presenta esclerosis lumbar, dislipidemia, litiasis renal, obesidad, lumbociatalgia, síndrome varicoso bilateral, gastritis, hipertensión arterial y meniscectomía lo que le genera una incapacidad total y permanente del 67%.- Debo recordar que a los fines de establecer el margen de incapacidad del asegurado no solo resulta importante sino imprescindible recurrir a la pericia médica, máxime cuando esta involucra aspectos técnicos como las enfermedades que lo aquejan, que repercusiones tuvo en su persona, el impacto de la mismas en la vida de relación y laboral, porque justamente el riesgo asegurado, en el presente es la incapacidad total del sujeto. Coincido entonces en que estos casos la jurisprudencia mayoritaria resulta concluyente al afirmar que ?el juez no puede hacer mérito de conocimiento técnico sobre la materia del dictamen del perito; ello así, podrá desecharlo por carencia de fundamentación, por la fuerza de convicción de otras pruebas que concurran en la especie o por otras causas, pero no oponiendo consideraciones propias de la ciencia, arte o técnica del perito, pues tal conducta puede resultar "peligrosa" (Voto adherente del Dr. Mirás, CNCiv. sala E, 31/5/1996, DJ 1996-2-434); consecuentemente, ?cuando el peritaje aparece fundado en principios técnicos y no existe otra prueba que lo desvirtúe, la sana crítica aconseja aceptar el dictamen, pues el perito actúa como auxiliar de la justicia y contribuye con su saber, ciencia y conciencia a esclarecer aquellos puntos que requieren conocimientos especiales? (CNCiv. sala D, 20/6/1990, JA, 1990-IV-129; sala F, 24/8/1982, ED, 102-329) (Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Mendoza, sala I - Sechter, David c. Municipalidad de la Capital de la ciudad de Mendoza ? 25/10/2004 - LLGran Cuyo

2005 (junio) , 552). He manifestado en reiterados fallos que el juez se podrá apartar de la pericia, siempre que su análisis, gobernado por los principios de la sana crítica, advierte que: a) el dictamen se basa en circunstancias no probadas, hipotéticas, producto de abstracciones o versiones de una de las partes que no encuentran respaldo objetivo en las constancias de la causa o; b) cuando su elaboración se funda en la valoración del resultado de otras pruebas (función exclusiva del juzgador) o; c) cuando el perito emite sus conceptos sin razones que avalen dichas conclusiones o estas sean contradictorias, entre otras, el juez puede válidamente apartarse de dicho dictamen sin que ello constituya arbitrariedad sino el correcto ejercicio de la función judicial, expresando los fundamentos por los cuales se aparta (Babot, Fernando, "El control del perito en el juicio de daños", LLNOA 2010 (abril), 201). También ha dicho que todo cuestionamiento a un informe pericial debe constituir en sí una "contrapericia", es decir en un informe técnico que cuenta con grado de cientificidad que permita observar la contradicción, insuficiencia o si la misma resulta objetable por ausencia de imparcialidad, es decir que no solo basta mostrarse disconforme, sino convencer al juez de que lo evaluado por el experto en materia de su incumbencia es insostenible. Por consiguiente si en autos se ha rendido una pericia médica, sustentada además en datos objetivos, como los estudios complementarios adjuntados y no existen elementos de convicción que permitan contradecir el mérito técnico de la misma, la decisión jurisdiccional, si se funda en los términos de dicha labor científica, resulta autosuficiente y se sostiene como tal en la medida en que no se demuestre errores en su apreciación, valoración y conclusiones arribadas. En autos la pericia incluso fue consentida por la aseguradora, puesto que teniendo la posibilidad de observar el mérito técnico de la misma e incluso demostrar que la junta médica, de la que dice fue sometido a observación el actor, llegó a otra conclusión y contrapesar la misma con la pericia judicialmente rendida, se limitó, como se dijo a consentirla y hoy tardíamente, pretende endilgarle al juez error en su apreciación, cuando ni siquiera arribó otro elemento de prueba que contradiga, relativice o en su caso se oponga a la conclusión de dicho perito. Por consiguiente en este aspecto debe ser rechazado el agravio.

7º) En cuanto al segundo agravio y la supuesta incorrecta interpretación de las cláusulas del contrato, la apelante denuncia error en el razonamiento del a quo y del cual infiere que este ha seguido el siguiente método lógico de "producida la incapacidad del actor por enfermedad, alguien deber ser responsable, sin analizar cuáles supuestos ha previsto el contrato de seguros celebrado por las partes y a la constatación certera de la incapacidad", es bueno decir que la aseguradora ha sido negligente en acompañar la totalidad de la póliza de seguros invocando que el original de esta lo tenía la contraria, cual seguro particular de personas y no un seguro colectivo del cual el tomador es el Ente estatal y por lo tanto o es la aseguradora o es el tomador el que deben contar con ello. A lo sumo el beneficiario de la misma podría contar consigo con el certificado individual de cobertura en el que se individualice e indique que se encuentra asegurado, pero no las condiciones generales o particulares de la póliza que abarca a un universo de asegurados que exceden el interés del particular que reclama. En la causa esto trae a colación que la parte actora cumplió con su carga de adjuntar el referido certificado (Ref. 44585 de la póliza n° ?) en el que se identificaba a la persona del asegurado, su número de asociado y sus datos personales, como las coberturas brindadas por dicho seguro, pero como dije las condiciones generales, particulares y anexos de la póliza (anexo B: inv. tot. y p. enf. acc.) quien se encuentra con la carga de presentarlas, era la aseguradora, por lo que pretender en este estadio considerar que el juez de la causa presente un elemento discursivo ilógico y le endilgue responsabilidad o la haga cubrir un riesgo, donde supuestamente no lo tiene, resulta ser un despropósito, cuando justamente es la aseguradora quien incumple con adjuntar dicha póliza en forma completa. Por otra parte de la pericia contable rendida surge que dicha póliza cubre la incapacidad total y permanente por enfermedad y accidente con la suma asegurada y referida por el perito, dando las pautas o fórmulas para calcular el capital individual asegurado. También está claro que tampoco a este se le interroga como punto de pericia las condiciones particulares del riesgo asegurado o la forma de su determinación (el referido anexo B), por lo que tampoco puede agravarse la aseguradora del razonamiento del colega, cuando esta no le provee otro elemento de prueba sobre el cual juzgar. El juez siguió un correcto discurso lógico, verificó que el riesgo asegurado por la referida póliza se extendía a la incapacidad total y permanente por enfermedad, constatando luego por prueba eficaz que la actora se encuentre comprendida dentro del riesgo cubierto y falló en tal sentido. Si existía alguna particularidad, algún riesgo no cubierto, alguna cláusula de exclusión se desconoce y no era justamente el juez el que debía ahondar o indagar sobre dichos aspectos, cuando quien indudablemente se encuentra en mejores condiciones de hacerlo no le provee los elementos mínimos de prueba para hacerlo. El agravio debe ser rechazado. 8º) En una oración pretende en subsidio agravarse del rubro daño moral establecido en la sentencia, sin justificar el motivo de la queja. Se refiere a si este se encuentra configurado o no?, ¿si resulta un rubro indemnizable? o critica la cuantía o su extensión?. Nada de ello se sabe, por lo que resulta evidente que carece de fundamentación el agravio y no constituye en este aspecto una crítica concreta y razonada que permita a este Tribunal ad quem su tratamiento. Su petición debe ser desestimada. A la PRIMERA CUESTIÓN: Voto por la afirmativa. Sobre la primera cuestión propuesta los Sres. Jueces de Cámara, Dres. Mastrascusa y Márquez Lamená, dijeron: Que por las mismas razones adhieren al voto que antecede. Sobre la segunda cuestión propuesta el Sr. Juez de Cámara, Dr. Gustavo Colotto, dijo: Atento como se resuelve la primera cuestión, las costas de Alzada deben ser soportadas por la

demandada (Arts. 35 y 36 del C.P.C.). Sobre la misma y segunda cuestión propuesta los Sres. Jueces de Cámara, Dres. Mastrascusa y Márquez Laméná, dijeron: Que por las mismas razones adhieren al voto que antecede. Con lo que se dio por terminado el acuerdo, pasándose a dictar sentencia definitiva, la que a continuación se inserta. SENTENCIA: Mendoza, 11 de mayo de 2017 Y VISTOS: Por las razones expuestas, el Tribunal RESUELVE: 1º) Rechazar el recurso de apelación de fs. 170 en contra de la sentencia venida en revisión agregada a fs. 161/8, la que por consiguiente se confirma. 2º) Imponer las costas de Alzada a la demandada (Arts. 35 y 36 del C.P.C.). 3º) Diferir la regulación de los honorarios profesionales por la actuación en segunda instancia hasta tanto sean practicados en la instancia inferior. Regístrese. Notifíquese. Bajen. Dr. S. Márquez Laméná Juez de Cámara Dr. Gustavo A. Colotto Juez de Cámara Dra. Graciela Mastrascusa Juez de Cámara Dra. Alejandra Iacobucci Secretaria de Cámara 025920E