

## Seguro Colectivo De Vida Incapacidad Laboral Incumplimiento Deber De Informacion Defensa Del Consumidor

### JURISPRUDENCIA

Seguro colectivo de vida. Incapacidad laboral. Incumplimiento.

Deber de información. Defensa del consumidor Se mantiene el fallo que hizo lugar a la demanda por cumplimiento de contrato de seguro de vida colectivo, pues la incapacidad de la beneficiaria reclamante fue expresamente establecida por la junta médica que dispuso su cese laboral y ello fue notificado a la aseguradora, lo que verifica el acaecimiento del siniestro y su efectivo conocimiento por la accionada.

En Buenos Aires a los diecinueve días del mes de diciembre de dos mil diecisiete, reunidos los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos fueron traídos para conocer los autos ?APARICIO MYRIAM SUSANA Y OTROS CONTRA CAJA DE SEGUROS S.A. SOBRE ORDINARIO?, Expte. Com. 31980/2010, en los que al practicarse la desinsaculación que ordena el art. 268 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación resultó que la votación debía tener lugar en el siguiente orden: Vocalías N° 17, N° 16 y N° 18. La Dra. Alejandra N. Tevez interviene en su carácter de subrogante de la vocalía N° 17 que se encuentra a la fecha vacante. Estudiados los autos la Cámara plantea la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada de fs. 676/691? La Doctora Alejandra N. Tevez dice: I. Antecedentes de la causa. a. Myriam Susana Aparicio, Héctor Osvaldo Castañón y Emilio Oscar Erut (en adelante, ?Aparicio?, ?Castañón? y ?Erut?, respectivamente) iniciaron demanda contra Caja de Seguros S.A. (en adelante, ?Caja S.A.?) por cumplimiento de contrato de seguro de vida colectivo, a fin de obtener el cobro de pesos cincuenta mil (\$ 50.000) y/o lo que en más o en menos resultare de la prueba a rendirse, con más actualización monetaria, intereses y costas del pleito. Asimismo, pidieron que se fijara una compensación en concepto de daño moral y que se aplicara a su contraria la multa prevista en el art. 52 bis de la ley 24.240. Relataron que eran empleados de la Policía de la Provincia de Buenos Aires y que ingresaron a trabajar encontrándose plenamente capacitados, de acuerdo a los exámenes oportunamente practicados. Manifestaron que, por tal motivo, tenían el carácter de beneficiarios de la póliza de seguro de vida colectivo n° ..., contratada por su empleadora con la demandada. Agregaron que las primas correspondientes fueron descontadas de sus haberes. Expusieron que nunca recibieron copia de la póliza y que tampoco fueron notificados de sus eventuales modificaciones, pero que, a través de información de sus compañeros, se enteraron que el seguro amparaba el riesgo de incapacidad total y permanente, aun cuando no cesaran en sus empleos. Mencionaron que, además de encontrarse incapacitados en forma total y absoluta, estaban imposibilitados de practicar deportes y realizar esfuerzos físicos. Añadieron que habían perdido su obra social. Expresaron que, en ese esquema, informaron los siniestros a la accionada mediante los formularios respectivos suscriptos por un médico laboral. Aclararon que las denuncias fueron presentadas por Castañón y Erut ante su empleadora el 28.12.09 y 01.12.09 y por Aparicio a la aseguradora el 12.04.10. Alegaron que la demandada no se pronunció, en torno a Castañón y Erut, dentro del plazo del art. 56 de la Ley de Seguros (en adelante, ?LS?) y que, por tal razón, medió la aceptación tácita de sus siniestros, sin que fuera necesario, en tales condiciones, otra actividad o probanza a su respecto. Sobre el punto, dijeron que la aseguradora negó la recepción de la denuncia de siniestro de Erut pero que tal desconocimiento era ilegítimo. Indicaron que la accionada rechazó los siniestros -tempestivamente en el caso de Aparicio y de manera extemporánea con relación a Castañón y Erut-, argumentando que los actores: (i) no resultaban beneficiarios de la póliza por no haberse producido su cese laboral; y (ii) no contaban con el grado de incapacidad cubierto por el seguro. Sostuvieron que la falta de cese laboral no era causal suficiente para rechazar los siniestros. Advirtieron que muchos otros policías habían cobrado la cobertura por incapacidad sin cesar en sus trabajos y que ello exteriorizaba una costumbre comercial que debía seguir aplicándose. Refirieron que tomaron conocimiento que la aseguradora había modificado unilateralmente la póliza a partir del 01.12.09, excluyendo del riesgo asegurado a quienes no cesaban en sus empleos, pero que tal modificación no les era oponible. Calificaron como ilícito el rechazo de los siniestros con base en sostener que los actores no portaban el grado de incapacidad asegurado, por cuanto Caja S.A. no había cumplido con el procedimiento instituido en la póliza, ya que no los citó temporáneamente a revisión médica. Sobre tal base, afirmaron que la demandada había incurrido en mora por el transcurso de los plazos previstos en los arts. 49 y 56 de la LS, produciéndose la caducidad de las defensas que aquélla pudiera oponer. Además, destacaron la importancia y variedad de las lesiones descriptas en las denuncias de siniestro y que, tal como surgía de los certificados médicos respectivos, estaban imposibilitados de cumplir las tareas laborales para las que tenían habilidad, lo que constituía -en su opinión- el riesgo asegurado. Se explayaron, con abundantes citas de doctrina y jurisprudencia, acerca de la procedencia de las denuncias de siniestro realizadas ante los empleadores y sobre los criterios para determinar la incapacidad laboral total y permanente. Invocaron expresamente la aplicación al caso de la Ley de Defensa del Consumidor (en adelante, ?LDC?) y del art. 902 del Código Civil. Plantearon la

inconstitucionalidad de las leyes de emergencia económica, en tanto no permitían la repotenciación de sus deudas. Finalmente, solicitaron que se intimara a la demandada a presentar la documentación contractual que obraba en su poder. Ofrecieron pruebas y fundaron en derecho su pretensión. b. A fs. 360/387 Caja S.A. contestó demanda. Solicitó su rechazo, con costas. Efectuó una pormenorizada negativa de los hechos relatados en el escrito de inicio y desconoció la documentación acompañada por los accionantes. Reconoció la existencia del contrato de seguro de vida colectivo que la vinculaba con los actores y aseveró que el original fue entregado a su tomador, por lo que instó a que se intimara a la Policía de la Provincia de Buenos Aires a acompañarlo. Aclaró que la cobertura de la póliza era limitada y que el monto del capital asegurado sólo podía ascender, según sus cálculos, a \$ 78.880 respecto de Aparicio, \$ 66.133,33 en el caso de Castañón y \$ 59.653,33 para Erut. Propició después la inaplicabilidad de la LDC, pues razonó que: (i) su prestación no se encuadraba dentro de las actividades previstas por los arts. 1 y 2 de la LDC; (ii) los derechos de los asegurados y/o tomadores estaban protegidos suficientemente por las leyes 17.418, 20.091 y 22.400; (iii) la LS tenía primacía sobre la LDC, por ser una ley especial; y (iv) no podía considerarse al asegurado como un consumidor, dado que no había sido parte del contrato. En función de ello, afirmó que su obligación de entregar la póliza y suministrar información se limitaba al tomador (conf. LS: 11). Dio luego su versión de lo acontecido en punto a cada uno de los actores. Respecto a Aparicio, dijo que el 16.04.10 rechazó el siniestro por ella denunciado, por no haberse producido el cese de la relación laboral y porque la incapacidad informada no cumplía con los requisitos de la póliza. Expuso que Aparicio le acreditó su cese laboral el 18.05.10 y que, ante ello, la citó para comprobar su incapacidad en dos oportunidades, sin que aquélla hubiera comparecido a efectuar la revisión médica correspondiente. Arguyó que, en tal virtud, le comunicó que había perdido el derecho a ser indemnizada. En cuanto a Castañón, alegó que el 04.01.10 recibió su denuncia y que el 12.01.10 le envió una carta documento rechazando el siniestro, bajo los mismos argumentos que en el caso de Aparicio. Con relación a Erut, adujo que nunca recibió la denuncia del siniestro y que recién tomó conocimiento de su reclamo en la audiencia de mediación del 10.02.10. Se refirió al posterior intercambio epistolar habido con Erut y objetó que hubiera mediado la caducidad de los plazos invocada por su contraparte. Seguidamente, postuló que la LS: 56 sólo era aplicable a los seguros patrimoniales, pero que, de interpretarse que también lo era a los de personas, el plazo legal sólo empezaba a correr desde que la aseguradora recibía la denuncia. De todas formas, afirmó que se había expedido en tiempo y forma sobre los reclamos de los tres accionantes. Además, sostuvo que, incluso de considerarse que existió aceptación tácita de los siniestros, los asegurados tenían igualmente que acreditar que los daños padecidos se hallaban amparados por la póliza y que ello no había ocurrido en la especie, en tanto los actores no se habían sometido a revisión médica. Explicó que, según lo establecido por la cláusula 18 del endoso 65, el porcentaje de incapacidad exigido por la póliza para ser estimado total y permanente era de un 66% y que las dolencias, para ser indemnizables, debían estar comprendidas en la tabla allí contenida. Agregó que los síndromes depresivos reactivos y los cuadros neuróticos y psicopáticos no figuraban dentro de las afecciones taxativamente cubiertas. En ese escenario, proclamó que las incapacidades alegadas por los actores estaban excluidas de la cobertura. Por último, impugnó el reclamo efectuado en concepto de daño moral y se opuso a la sanción por daño punitivo pretendida. Ofreció prueba y fundó en derecho su postura. II. La sentencia de primera instancia. El a quo dictó sentencia a fs. 676/691. Admitió parcialmente la demanda y condenó a Caja S.A. a pagar las sumas de \$ 78.880 a Aparicio, \$ 66.133,33 a Castañón y \$ 59.653,33 a Erut, más intereses desde la mora. Impuso las costas a la demandada vencida. Para así decidir, primeramente señaló que no mediaba controversia en torno a la existencia de la relación contractual y que lo que debía dilucidarse era la oponibilidad a los actores del endoso vigente desde el 01.12.09 -que impuso el cese laboral como condición para cubrir el siniestro por incapacidad- y si eran atendibles las demás objeciones formuladas a los reclamos de los accionantes. Tras ello, efectuó ciertas apreciaciones sobre la naturaleza jurídica del contrato de seguro de vida colectivo y abordó por separado los reparos opuestos por la aseguradora a las pretensiones de los demandantes. El primer sentenciante consideró infundados los argumentos expuestos por la accionada para resistir el reclamo de Aparicio. Ello así, por cuanto estimó que el cese laboral operó el 04.11.09, esto es, con anterioridad a la modificación contractual, y que la negativa subsidiaria a la configuración del riesgo cubierto fue vaga y genérica. Además, sostuvo que la accionada no pidió información complementaria (conf. LS: 46, segundo párrafo) ni recurrió a los procedimientos previstos en la póliza para verificar la incapacidad alegada y, en tal orden ideas, entendió que las patologías y el cuadro psicofísico descriptos en el informe médico presentado por Aparicio no habían sido controvertidos. Desde tal óptica, asimiló la conducta de la demandada a la omisión de pronunciarse (LS: 56) y reputó al siniestro como aceptado. También descartó los motivos brindados por la demandada para rechazar el siniestro de Castañón. Al respecto, puntualizó que la denuncia fue presentada a la empleadora el 28.12.09 y que la accionada no probó la fecha en que se produjo efectivamente la comunicación al asegurado. En ese escenario, tuvo como cierta la fecha de recepción de la denegatoria informada por Castañón (14.01.10) y decidió que había operado la admisión tácita del siniestro. Idéntica solución adoptó en torno a Erut. Ponderó que la solicitud se practicó ante el principal el 01.12.09 y que ello no había sido cuestionado por la defendida, por lo que juzgó que la ulterior falta de remisión o de comunicación de la empleadora a la aseguradora

no perjudicaba el derecho del beneficiario. Por el contrario, desestimó el planteo de inconstitucionalidad de las leyes de emergencia económica, por considerar que no se encontraba afectado en el caso el derecho de propiedad de los actores y, en concordancia con ello, rechazó la actualización monetaria solicitada. Tampoco aceptó el reclamo formulado en concepto de daño moral, con fundamento en que el perjuicio alegado no había sido debidamente probado. Por fin, consideró que no se verificaba en el caso una conducta deliberada y desaprensiva de la accionada que justificara la aplicación del daño punitivo pretendido. III. Los recursos. A fs. 692 los accionantes apelaron tal pronunciamiento. Su recurso fue concedido a fs. 693 y declarado desierto en fs. 711. A fs. 694 apeló la demandada. Su recurso fue concedido en fs. 695. A fs. 704/706 Caja S.A. expresó agravios, los que merecieron respuesta a fs. 712/716. A fs. 718/720 se expidió la Sra. Fiscal ante esta Cámara. A fs. 725 se llamaron autos para dictar sentencia y el sorteo previsto en el art. 268 del Cpr. se practicó a fs. 726. IV. Los agravios. El contenido del recurso deducido por la demandada transcurre por los siguientes carriles: i) Aparicio no probó debidamente la existencia del riesgo cubierto por el seguro; ii) el a quo fundó su decisión en una prueba documental que fue desconocida por su parte y cuya autenticidad no fue probada; iii) las enfermedades psíquicas o psicológicas no estaban comprendidas en la póliza; iv) no medió aceptación tácita de los siniestros de Castañón y Erut; v) una eventual aceptación tácita de los siniestros sólo importaba el reconocimiento del derecho de los asegurados y no su extensión o entidad económica; y vi) la sentencia era funcional a la industria del juicio. V. La solución. a. Aclaraciones preliminares. a.1. Diré liminarmente que no atenderé todos los planteos recursivos sino sólo aquellos que estime esenciales y decisivos para dictar el veredicto en la causa (conf. CSJN, ?Altamirano, Ramón c/ Comisión Nacional de Energía Atómica?, del 13.11.86; íd., ?Soñes, Raúl c/ Administración Nacional de Aduanas?, del 12.02.87; íd.,: ?Pons, María y otro? del 06.10.87; íd., ?Stancato, Carmelo?, del 15.09.89; y Fallos, 221: 37; 222: 186; 226: 474; 228: 279; 233: 47; 234: 250; 243: 563; 247: 202; 310: 1162; entre otros). Así porque los magistrados no están obligados a seguir a las partes en cada una de las argumentaciones, ni a ponderar una por una y exhaustivamente todas las pruebas agregadas a la causa, sino sólo aquellas estimadas conducentes para fundar sus conclusiones (CSJN, Fallos: 272: 225; 274: 113; 276: 132; 200: 320; esta Sala, ?Montana Management S.A. c/ Genovesi Alejandro e hijos S.R.L. s/ordinario?, del 28.10.10). a.2. En segundo término, resulta menester precisar el marco normativo que regula la cuestión propuesta a estudio, en tanto mediaron serias divergencias sobre este aspecto entre los justiciables. Recuérdese que los pretensores invocaron las disposiciones de la LDC, cuando la demandada planteó que únicamente debía aplicarse al caso la LS. Como sostuve en mis votos en esta Sala en autos ?Zarlenga Gustavo Fabián c/ Provincia Seguros S.A. s/ ordinario? del 22.11.12, ?Santarelli Héctor Luis y otro c/ Mapfre S.A. de Seguros s/ ordinario? del 08.05.14 y ?Loyarte Jorge Luis c/ Mercantil Andina Seguros S.A. s/ ordinario? del 23.02.17, con anterioridad al dictado de la ley 26.361 algunos autores calificaban al contrato de seguro como de consumo (Moeremans - Casas, ?La prescripción en materia de contratos de seguro. Prevalencia de la prescripción prescripta en la ley 24.240?, LLNOA 2007, p. 1101; Moeykens, Federico, ?Aplicación de la ley de defensa del consumidor al contrato de seguro?, LLNOA, 2005, p. 1165), mientras que otra parte de la doctrina se inclinaba por la negativa y rechazaba la aplicación de la LDC a este tipo de convenios (López Saavedra, Domingo M., ?El plazo de prescripción en el contrato de seguro y la preeminencia de la ley de seguros sobre la ley de defensa del consumidor?, RCyS 2010-IV, 95; Bulló, Emilio, ?El derecho de seguro y de otros negocios vinculados?, t. 1, p. 123; Halperín - López Saavedra, ?El contrato de seguro y la ley de defensa del consumidor 24.240?, LL 2003-E, p. 1320; Schwarzberg, Carlos, ?Los seguros y la defensa del consumidor?, LL del 12.02.06, p. 12). Sin embargo, en la actualidad la discusión ha quedado superada (cfr. mi voto en esta Sala en autos ?Playa Palace S.A. c/ Peñalosa Leandro Hipólito s/ ordinario s/ incidente de ejecución de sentencia?, del 05.10.10). En efecto: no existe hoy obstáculo para que, en ciertos supuestos, la relación entablada entre asegurado y asegurador pueda calificarse como de consumo (Stiglitz - Pizarro, ?Reformas a la Ley de Defensa del Consumidor?, LL 2009-B, p. 949; Toribio, Eduardo A., ?Reflexiones sobre la defensa del consumidor y del asegurado (¿y los asegurados?)?, publicado en Revista de Derecho Comercial y de las Obligaciones, Año 42, p. 741; Piedecabras, Miguel, ?El Consumidor de Seguros?, publicado en "Defensa del Consumidor", bajo la dirección de Ricardo Luis Lorenzetti y Gustavo Juan Schotz, pp. 343/344; Ed. Ábaco, Buenos Aires, 2003; Farina, Juan M., ?Defensa del Consumidor y del usuario?, p. 77, Astrea, 3ª edición actualizada y ampliada, Buenos Aires, 2004). Es que, como señala Gregorini Clusellas, tras la sanción de la ley 26.361 ?... la consideración del seguro como relación de consumo es indubitable. Evidentemente el contrato de seguro es un acto comprendido en el concepto amplio del sujeto que ?adquiere o utiliza bienes o servicios? y que lo hace además ?como destinatario final? y ?para beneficio propio?, ?o de su grupo familiar o social...? (cfr. Gregorini Clusellas, Eduardo, ?El seguro y la relación de consumo?, LL 2009- A, 1130). Así, una persona jurídica que actúa profesionalmente se obliga, a cambio del pago de una prima, a prestar un servicio a un consumidor final, consistente en la asunción del riesgo previsto en la cobertura asegurativa: el resarcimiento del daño o el cumplimiento de la prestación convenida (conf. Compiani, María F., ?El contrato de seguro y la protección del consumidor? en Ley de Defensa del Consumidor. Comentada y Anotada, dirigida por Picasso-Vazquez Ferreira, LL, T. II, Parte Especial, p. 439, 2009). En el caso, no tengo dudas de que el contrato de seguro que

vinculó a las partes debe calificarse como de consumo. Obsérvese que Caja S.A. es una compañía que se dedica habitual y profesionalmente a la oferta de seguros, razón por la cual es ?proveedora? con los alcances de la LDC; y celebró con la empleadora de los actores un contrato de seguro de vida colectivo, percibiendo el monto de la prima convenida. Señálese, por otra parte, que esta Sala se ha pronunciado recientemente sobre la procedencia de la aplicación de las disposiciones de la LDC a los contratos de seguro de vida colectivo, en los autos ?Rolón Susana Isabel y otros c/ Círculo De Inversores S.A. De Ahorro P/F Determinados y otro s/ ordinario? del 13.07.17. Cabe aquí transcribir, al igual que en el precedente citado, la previsión del art. 1 de la ley 24.240, la que actualmente establece que: ?La presente ley tiene por objeto la defensa del consumidor o usuario. Se considera consumidor a la persona física o jurídica que adquiere o utiliza, en forma gratuita u onerosa, bienes o servicios como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social. Queda equiparado al consumidor quien, sin ser parte de una relación de consumo como consecuencia o en ocasión de ella, adquiere o utiliza bienes o servicios, en forma gratuita u onerosa, como destinatario final, en beneficio propio o de su grupo familiar o social?. Debe remarcar, como allí se hizo, que la norma transcripta incluye a los terceros que detentan el carácter de beneficiarios de un contrato celebrado a su favor (Lorenzetti, Ricardo L, Consumidores, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2003, p. 88 y 89). Colégese de ello, que al tener como objeto una indemnización a favor de un tercero, los contratos de seguro de vida colectivos se encuentran alcanzados por la ley 24.240. Ergo, la aplicación de la normativa consumeril no puede soslayarse en la especie. En consecuencia, la controversia debe ser dirimida tanto al amparo de las disposiciones de la LS como de las previsiones de la LDC. a.3. Efectuadas las aclaraciones precedentes, procederé al tratamiento de las quejas de la demandada, para lo cual analizaré separadamente los agravios introducidos en torno a cada uno de los actores.

b. Aparicio. b.1. La recurrente postuló que el riesgo cubierto no fue debidamente probado. Alegó que el a quo, para determinar el beneficio de incapacidad total y permanente, se basó en un informe médico acompañado por su contraria cuya autenticidad fue desconocida por su parte. Sostuvo que la actora debía padecer una incapacidad mayor al 66% para que se configurara el riesgo cubierto. Denunció que Aparicio no concurrió a los exámenes médicos a los que fue citada con anterioridad al juicio y que luego fue negligente en la producción de la prueba pericial médica durante el trámite del proceso. Expuso que la certificación médica incluida en la denuncia del siniestro aludía a una incapacidad derivada mayormente de un psiquismo alterado pero que la póliza no comprendía a las enfermedades psiquiátricas o psicológicas. Propició la aplicación de la doctrina emanada del precedente de la C.S.J.N. ?Buffoni?. Adelanto que las quejas no serán admitidas. b.2. Las distintas cuestiones sometidas a juzgamiento imponen establecer en primer término cuáles eran las condiciones contractuales que amparaban a la accionante para solicitar la cobertura por incapacidad. Al respecto, repárese que no existe controversia en torno a la existencia del seguro de vida colectivo instrumentado mediante la póliza n° ... emitido por la demandada y que el mismo incluye a los actores como beneficiarios. En cambio, sí se encuentra en discusión cuál es el endoso de la póliza que debe regir el vínculo entre las partes. Recuerdo que la actora indicó que nunca recibió copia de la póliza ni fue notificada de sus modificaciones (v. fs. 28 vta.: II) y, frente a ello, pidió que su contraria acompañara el contrato (fs. 42, punto a.1). Caja S.A., al contestar la demanda, adjuntó diversas copias simples (fs. 154/358), las que adujo eran reproducción de la póliza (fs. 378 in fine). Además, dijo que el original fue entregado a la empleadora y solicitó que se le intimara a traerlo al expediente (fs. 367: IV). Aparicio, al expedirse sobre la documental de su contraria, desconoció expresamente la autenticidad y contenido de tales copias (fs. 391: 1), pero luego reconoció parte de ellas (fs. 663: a). De la contestación de oficio obrante en fs. 470/486 surge que la Policía de la Provincia de Buenos Aires adjuntó una copia certificada de la póliza, pero la misma consiste únicamente en un endoso con vigencia a partir del 01.03.10, el que no resulta aplicable al caso, dado que el cese laboral de Aparicio ocurrió el 04.11.09 (v. fs. 550 vta.). Síguese de lo anterior, que no fue debidamente probada la autenticidad de la totalidad de las copias acompañadas por la demandada, cuando era su carga hacerlo (cfr. Cpr. 377). Refuerza esta conclusión el contenido del art. 53 de la LDC, que refleja el deber de colaboración que recae sobre el proveedor en el proceso judicial, el que, en lo pertinente, dispone: ?Los proveedores deberán aportar al proceso todos los elementos de prueba que obren en su poder, conforme a las características del bien o servicio, prestando la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en el juicio?. Como consecuencia de ello, la aseguradora no debió desatender aquellos aspectos que referían a la prueba de un hecho que tenía virtualidad jurídica para decidir la litis (en igual sentido, ver mi voto en esta Sala, en autos ?Loyarte Jorge Luis c/ Mercantil Andina Seguros S.A. s/ ordinario?, del 23.02.17). No se me escapa que la LS: 11 impone a la aseguradora la obligación de entregar la póliza únicamente al tomador. Sin embargo, adquiere relevancia aquí también el deber de información consagrado por la LDC: 4. Reitérese que la actora concretamente alegó que su contraria no le brindó ninguna información acerca del alcance y extensión de la cobertura de la póliza. En tales condiciones, advierto que el deber de información que pesaba sobre la aseguradora, en tanto prestadora del servicio, no fue adecuadamente brindado, al no haberle entregado nunca a la asegurada copia de la póliza ni notificado los endosos posteriores, viéndose así coartada la finalidad perseguida por el art. 4 de la ley 24.240 (ver esta Sala, en autos ?Marchetti Luciano Antonio c/ Provincia Seguros S.A. s/ordinario?,

del 11.12.14). Es que, ante la falta de coincidencia entre el tomador de la póliza y sus beneficiarios, debió la aseguradora establecer algún procedimiento mínimo de publicidad de las modificaciones de la póliza de seguro colectivo, máxime frente al carácter alimentario de la indemnización que se deriva de este tipo de contratos (cfr esta Sala, en autos ?Tatarin Juan Carlos c/ Caja De Seguros De Vida S.A. s/ ordinario?, del 07.10.2014 y cita allí efectuada a CNCom., Sala A, ?Buzo Luis Pedro c/ La Buenos Aires Compañía Argentina de Seguros S.A.?, del 12.11.99). Y no se aprecia que tal proceder haya sido adoptado por la accionada, desde que no efectuó ninguna alusión sobre este aspecto, ni mucho menos aportó algún medio probatorio que permita dar cuenta de ello. En el contexto descripto y ante la ausencia de otros elementos de juicio, la configuración del riesgo cubierto deberá ser analizada a partir de las copias de la póliza agregadas en fs. 154/233, por cuanto fueron las únicas reconocidas por la actora, las que consisten en el texto originario del contrato hasta el endoso n° 50, siendo inoponibles a la accionante las modificaciones posteriores.

b.3. Delimitado así el marco contractual respectivo, es menester resaltar que la cobertura por incapacidad se encuentra prevista en el inciso a) del endoso n° 50, el cual establece, en lo que aquí interesa, que se concederá el beneficio ?...al asegurado cuyo estado de invalidez total o permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar, por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por TRES (3) meses como mínimo...? (v. fs. 233). La estipulación antes reseñada no especifica qué debe interpretarse por incapacidad total o permanente, sin ninguna referencia a otra causal más que enfermedad o accidente. Tampoco detalla ninguna dolencia en particular que deba ser exhibida por el beneficiario para obtener el resarcimiento, ni un determinado grado o porcentaje de invalidez que deba ser alcanzado por aquél a esos efectos. No obstante, sí exige, sin margen de dudas, que el estado de incapacidad sea total o permanente y que éste impida realizar al asegurado ningún tipo de actividad remunerativa. Sentado lo anterior, cuadra destacar que el formulario por el que se denunció el siniestro (v. fs. 16 y 112) contiene un dictamen médico con la descripción de las variadas dolencias y afecciones de la asegurada, calificándose a la evolución de las patologías como desfavorable. Y nótese, especialmente, que el galeno que suscribió el informe consignó en forma expresa que la incapacidad tenía el carácter de permanente.

Por consiguiente, la certificación médica aludida revelaría la existencia de la incapacidad invocada por la actora y exigida contractualmente. b.4. La recurrente, mediante carta documento remitida el 19.04.10, se limitó a decir, genéricamente, que la incapacidad invocada no cumplía con los requisitos de la póliza, sin mayores precisiones sobre el punto (v. fs. 17 y 114). Se advierte así, que tal pronunciamiento no fue explícito respecto de las razones del rechazo del siniestro, resultando entonces deficiente e ineficaz. Ello, en tanto la decisión del asegurador debe ser clara, explícita y recepticia, así como también ?debe ser seria y suficientemente clara como para apreciar su expresión de voluntad? (cfr. CNCom., Sala E, ?Manriquez, Segundo Arnaldo c/ Provincia Seguros S.A. s/ ordinario?, del 16.12.13; Stiglitz, Rubén S., ?Derecho del Seguro?, 5° Edición, t° II, pág. 320 y 321, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2008). El análisis precedentemente efectuado permite concluir que el rechazo del siniestro no fue fundado.

Pero además, y esto es dirimente, la incapacidad de la beneficiaria fue expresamente dispuesta por la junta médica que dispuso su cese laboral (v. fs. 122) y ello fue notificado a Caja S.A. el 18.05.10 (v. fs. 115), lo que verifica el acaecimiento del siniestro y su efectivo conocimiento por la aseguradora. En efecto. La accionante fue desafectada de su actividad profesional mediante la resolución n° 4102 del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, por no encontrarse en condiciones de reintegrarse al servicio, según lo informado por el área de Medicina Funcional de su empleadora, al vencimiento del término máximo de licencia por enfermedad (fs. 122, párrafos 2° y 3°). Y si bien la junta médica respectiva no precisó con exactitud el grado o porcentaje de la incapacidad, lo cierto es que dictaminó que la psicopatología de Aparicio revestía una entidad tal que impedía su reincorporación, lo que derivó, necesariamente, en su baja por incapacidad (v. fs. 122 vta.). Nada de ello fue cuestionado por la demandada. Sobre tales bases, considero que la actora demostró adecuadamente el riesgo cubierto ante la aseguradora, en tanto no sólo presentó el formulario del siniestro con certificación médica de sus lesiones y dolencias, sino que también envió copia de la resolución administrativa que dispuso su cese laboral con base a lo dictaminado por la comisión médica correspondiente. b.5. Interesa recordar, a esta altura del análisis, que la exigencia de un estado de invalidez total y permanente queda configurada con tal que quede impedida la aptitud laborativa del asegurado. Es decir, que se admite cierta amplitud en la apreciación de la invalidez, siempre y cuando la capacidad laboral del sujeto se haya atrofiado de manera completa e irreversible (cfr. esta Sala, en autos ?Mabragaña, Hugo c/ Nación Seguros S.A. s/ ordinario?, del 30.09.14). Véase, en tal sentido, que la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido que, a los fines de determinar la incapacidad total y permanente por imposibilidad de realizar otra tarea remunerada, no procede ceñirse a parámetros abstractos ni fórmulas matemáticas, pues es preciso tomar en consideración las circunstancias personales del damnificado, la gravedad de las secuelas y los efectos que éstas puedan tener con respecto a su actividad actual y a su vida en relación (CSJN, ?Toscano c/ Provincia de Buenos Aires?, del 07.02.95; ídem, ?Morette c/ Y.P.F.?, del 23.08.88). Y, en ese sentido, conforme ha sido juzgado, cuando se reclama el cobro de la indemnización correspondiente a un seguro de incapacidad, lo que corresponde establecer es si el beneficiario se encuentra imposibilitado de realizar aquellas actividades que le eran habituales u

otras similares (CNCom., Sala B, ?Neu, Delfino c/ Caja de Seguros de vida?, del 28.08.08; ídem, Sala C, ?Minuet, César Alberto c/ Caja de Seguros S.A.?, del 26.10.07; íd., Sala D, ?Serra, Oscar c/ Sur Compañía de Seguros S.A.?, del 05.08.98). En ese contexto, desde que los padecimientos sufridos por Aparicio le impidieron continuar realizando su actividad, se vio verificado el supuesto de incapacidad previsto en el contrato de seguro (en igual sentido, CNCom., Sala E, ?Gimenez, Teresa Beatriz c/ Nación Seguros de Vida S.A. s/ordinario?, del 18.03.16). Bajo tales premisas, el reproche de la demandada, relativo a la falta de acreditación de una incapacidad superior al 66%, no podrá ser aceptado. Advuértese, además, que el endoso n° 50, el que, tal como juzgué supra, rige el caso en estudio, no prevé un porcentaje de incapacidad predeterminado, por lo que el dictamen de la junta médica que estableció la incapacidad laboral de la actora y su consecuente cese resulta suficiente para sustentar la denuncia del siniestro. Máxime cuando ello fue verificado nuevamente por el médico que suscribió la presentación de la beneficiaria. b.6. La quejosa invocó que Aparicio no asistió a los exámenes médicos para los que fue convocada. De las constancias obrantes en autos, surge que la demandada, luego de su primera misiva, remitió una nueva carta documento a Aparicio el 27.05.10 para que concurriera a una revisión médica (fs. 124), lo que repitió el 09.06.10 (fs. 125), sin éxito. Empero, se aprecia que las peticiones aludidas fueron extemporáneas, no pudiendo, en tales condiciones, proyectar válidamente ninguna consecuencia sobre el reclamo de la actora. Me explico. El plazo para que la aseguradora cumpla con la prestación comprometida se encuentra previsto por la LS: 49, que reza: ?En los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro, o de acompañada, si procediera, la información complementaria del artículo 46, párrafos segundo y tercero?. De modo que, una vez recibida la denuncia, la aseguradora cuenta con quince días para rechazar el reclamo, solicitar pruebas del hecho o de sus circunstancias y otras que permitan determinar el alcance de su prestación o realizar el pago (conf. LS: 46 y 49). Y ese pedido de información debe ser fehaciente y tempestivo, para lo cual tiene que ser cursado dentro del plazo con el que la aseguradora cuenta para expedirse (ver mi voto en esta Sala en autos ?Torres Guillermo Enrique c/ Zurich Santander Rio Seguros S.A. s/ ordinario?, del 16.02.17). En la especie, la denuncia del siniestro fue realizada el 12.04.10, el que fue rechazado por la accionada a través de la carta documento del 19.04.10. Por lo cual, se evidencia que el pedido de revisión médica efectuado el 27.05.10 y reiterado el 09.06.10 fue practicado ampliamente vencido el término que prevé la LS. 49. Debió Caja S.A. obrar con diligencia, exponiendo oportunamente -en un solo acto- todos los requerimientos que consideraba válidos para repeler el reclamo, conducta que, además, era esperable de un profesional de la materia (arg. CCiv. 902). Sostener lo contrario importaría colocar a la asegurada en una situación de indefensión, avalando un comportamiento contrario a la buena fe (en este sentido, véase mi voto en los autos ?Brunetti Maria Cristina c/ Caja de Seguros S.A. s/ ordinario?, del 30.10.15). b.7. Caja S.A. postuló que las enfermedades psiquiátricas o psicológicas no estaban dentro de las causales de incapacidad previstas en el seguro. Sin embargo, a diferencia de lo sostenido por la recurrente, la póliza no exceptúa a los padecimientos psicológicos, como surge del endoso n° 50. Tal exclusión recién habría ocurrido, aparentemente, en un endoso muy posterior, y tal modificación, como dije, no le es oponible a la beneficiaria por no haberle sido notificada. Agrégase a ello, el tenor de las cartas documento libradas el 27.05.10 y el 09.06.10, las que encierran una contradicción en la defensa de la accionada. Percíbese que la aseguradora requirió la citación de la accionante a una revisión médica para las especialidades de traumatología, clínica y psiquiatría (v. fs. 124/125, el subrayado me pertenece). Así las cosas, resulta incompatible que la demandada primero pida evaluar el estado psiquiátrico de la actora y después diga que las afecciones psiquiátricas eran un riesgo excluido de la cobertura. En dicho contexto, la conducta de Caja S.A. es contraria a sus propios actos (arg. arts. 1195 y 1198 del CCiv.), pues el pedido de revisión médica que efectuó con anterioridad al pleito se opone con la postura que luego adoptó al contestar la demanda y que reiteró en sus agravios. Por ende, la ausencia de cobertura planteada no se halla debidamente justificada. b.8. No soslayo la orfandad probatoria existente durante el trámite del juicio en torno a la configuración del siniestro, carga que principalmente pesaba sobre la accionante, quien no impulsó debidamente la prueba pericial médica (v. fs. 601), aspecto sobre el que se refirió la quejosa. Empero, no es menos cierto que, habiendo la compañía rechazado el siniestro, le incumbió la carga de la prueba de los presupuestos de hecho sostenidos como fundamento de su defensa o excepción (conf. Stiglitz, Rubén S., ?Derecho del Seguro?, 5° Edición, t° II, pág. 22, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2008; en igual sentido, Halperín-Morandi, ?Seguros?, 2° Edición, T° II, Depalma, 1986, p. 543). Ello por cuanto, al tratarse de un argumento refractario en la exigencia de cumplimiento de sus obligaciones, quedaba en cabeza de la defendida el deber de demostrar las circunstancias fácticas o jurídicas sobre las que estructuró su defensa (cfr. mi voto en esta Sala en autos ?Combe Power S.A. c/ Generali Argentina de Seguros S.A. s/ ordinario?, del 19.09.17). Desde tal perspectiva, resulta notable que la aseguradora haya sido también declarada negligente en la producción de la pericial médica (v. fs. 630/631). Al amparo de lo expuesto, me inclinaré por la solución que establece el art. 3 de la LDC, que obliga a resolver en el sentido que resulte más favorable al consumidor (en igual sentido, CNCom., Sala C, ?Arambulo, Guillermo c/ Juncal Compañía de Seguros de Vida S.A. s/ ordinario?, del 02.05.2017). b.9. En síntesis: los elementos obrantes en el expediente me permiten concluir que la incapacidad invocada por Aparicio se halla suficientemente acreditada y que el siniestro

cumple con los requisitos de la póliza. Finalmente, cabe aclarar que la aplicación de la doctrina sentada en el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación *Buffoni Osvaldo Omar c/ Castro Ramiro Martín s/ Daños y Perjuicios* del 08.04.14 no corresponde al caso en estudio, en tanto en dicha oportunidad la Corte se pronunciaba sobre extremos fácticos y jurídicos distintos de los evaluados en autos, esto es, la oponibilidad a terceros de las cláusulas contractuales de un seguro de responsabilidad civil.

c. Castañón. c.1. La accionada se quejó argumentando que no existió aceptación tácita del siniestro. Sostuvo que remitió al actor la carta documento con su pronunciamiento el 12.01.10 y que por ello su decisión fue informada en tiempo y forma. Adujo que el a quo no admitió su rechazo del siniestro ante una discordancia de un día sobre la fecha de recepción de la carta documento referida, aunque en ambos casos no se excedía el plazo de treinta días al que aludía -a su entender- el art. 56 de la LS. Y arguyó que el magistrado de grado no debió tener en cuenta la fecha de recepción sino la de expedición (conf. LS: 15). Por otra parte, manifestó que, incluso ante una supuesta aceptación tácita del siniestro, el asegurado tenía igualmente que acreditar que el daño padecido se encontraba dentro de los cubiertos por la póliza, y que ello no había ocurrido en el caso. Anticipo que estos agravios tampoco serán receptados.

c.2. Dado el reproche de la accionada al veredicto de grado -que fija el cauce de estudio de la Alzada, conf. Cpr. 277-, se encuentra firme y consentido que el siniestro fue denunciado el 28.12.09. Tampoco fue discutido por la quejosa, que la figura prevista por la LS: 56 resulta aplicable a los seguros de personas, como el de la especie. Así las cosas, para determinar si existió aceptación tácita del siniestro, cabrá analizar seguidamente si el envío de la misiva cursada por la aseguradora a Castanón fue efectuado en término o no.

c.3. El siniestro fue rechazado por la demandada por medio de la carta documento N° CD ... Dicho instrumento fue acompañado tanto por el actor (fs. 24) como por la demandada (fs. 128). Ahora bien, de la copia traída por la accionada sólo surge que dicha pieza fue confeccionada el 12.01.10, sin que se haya dejado constancia en la misma de la fecha de su imposición postal (v. fs. 128). En cambio, ello sí se desprende de la copia que aportó Castanón, de la cual surge que la carta documento ingresó a la oficina de correos el 13.01.10. De tal forma, se evidencia que la respuesta de Caja S.A. ante la denuncia del actor no fue remitida en el día aludido por la quejosa (12.01.10), sino uno después (13.01.10), encontrándose ya vencido, para esta última fecha, el plazo de quince días previsto por el art. 49 de la LS. En tal contexto, teniendo en cuenta que la aseguradora no cumplió en término con su obligación legal de expedirse (conf. arg. art. 15 y 49 de la LS), se configuró en la especie la aceptación tácita del siniestro en los términos del art. 56 de la LS. Consecuentemente, adhiero a la solución adoptada por el a quo, si bien por argumentos distintos. Por ende, deberá la accionada cargar con las secuelas derivadas de la omisión de remitir en tiempo y forma su decisión al asegurado.

c.4. En virtud del modo en que fue resuelta la anterior cuestión, deviene inoficioso el tratamiento de las demás quejas vertidas por la demandada. Ello así pues, ante la aceptación tácita del siniestro, aparece innecesario introducirse en el estudio de los demás reparos opuestos por Caja S.A., como lo es la incapacidad del accionante. Es que la omisión de pronunciarse en los plazos previstos legalmente, le impide a la aseguradora invocar luego defensas que obsten al cumplimiento de su obligación principal (ver mi voto en esta Sala, en autos *Grageda Federico Gustavo c/ Caruso Compañía Argentina de Seguros s/ ordinario?*, del 17.02.11). Así lo puse de manifiesto como juez de primera instancia, en oportunidad de examinar la misma cuestión (v. autos *Ponce, Martín Nicolás c/ Liderar Cía. General de Seguros S.A. s/ ordinario?*, que tramitaron por ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial n° 13, Secretaría n° 25, sentencia del 29.06.06, expediente n° 87841; *Bier Ondina Amanda c/ Caja de Seguros de Vida S.A. s/ ordinario?*, mismo Juzgado y Secretaría, sentencia del 27.04.07, expediente n° 84302; entre otros). Por lo demás, agregó que este criterio resulta concordante con la doctrina sentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo *Bargas, Isidro c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro?*, del 17.03.98, en el cual se enfatizó que la aceptación tácita de un siniestro por invalidez hacía innecesario considerar las demás cuestiones traídas a debate, entre ellas, la concerniente al grado de incapacidad del actor, lo que abona la solución que propongo.

d. Erut. d.1. La quejosa alegó que, contrariamente a lo interpretado por el a quo, al contestar la demanda desconoció que el actor hubiera formulado la denuncia del siniestro ante el principal. Insistió también en que el siniestro nunca le fue comunicado y que tomó recién conocimiento del reclamo en la audiencia de mediación del 10.02.10. Remarcó que, de todas formas, debía al actor probar la configuración del riesgo.

d.2. Adviértese que el primero de los agravios radica, básicamente, en dilucidar el alcance que debe otorgarse a la carga de la demandada de negar los hechos expuestos por el actor. Me remitiré, a tal efecto, a mi voto en esta Sala en los autos *Idom S.A. c/ Caja de Servicios Sociales de la provincia de Santa Cruz s/ ordinario?*, del 28.04.15, en tanto la cuestión aquí en examen resulta sustancialmente análoga a aquélla. Reproduciré a continuación algunas de las consideraciones allí vertidas. Veamos. Dispone el Cpr. 356.1 que el demandado deberá reconocer o negar categóricamente cada uno de los hechos expuestos en la demanda, la autenticidad de los documentos acompañados que se le atribuyen y la recepción de las cartas y telegramas a él dirigidos cuyas copias se adjunten. Su silencio, sus respuestas evasivas o la negativa meramente general podrán estimarse como reconocimiento de la verdad de los hechos pertinentes y lícitos a que se refieran. En cuanto a los documentos, se los tendrá por reconocidos o recibidos, según el caso. Incumbe entonces al accionado la carga de expedirse en forma explícita, clara y

circunstanciada acerca de cada uno de los hechos contenidos en la demanda, aunque debe tenerse por tales aquéllos que resulten esenciales o conducentes para la decisión del conflicto. Por lo tanto, la negativa indeterminada no satisface el requisito legal, desechando fórmulas genéricas, debiendo por tanto ser fundada, sea mediante alegación de un hecho contrario o incompatible con el afirmado por el actor o a través de algún argumento relativo a la inverosimilitud de ese hecho (conf., Palacios, Lino Enrique, *¿Derecho procesal civil?*, tº VI, pág. 158 y stes., ed. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1992). Y es sobre la inobservancia de tales cargas procesales que propondré, tal como hiciera en el precedente citado, la desestimación de la queja aquí en análisis. En el sub lite, Caja S.A., en su contestación de demanda, formuló una pormenorizada negativa de los hechos expuestos por los accionantes, y en lo que aquí importa, dijo que: *?...Niego que dichos formularios fueran presentados ante el principal por Castañón el 28/12/2009 y por Erut el 1/12/2009. Niego que dicho formulario de denuncia se hiciera por Correo Oca. Niego que ello pudiera ser acreditado con una supuesta nota de recepción que surgiera de los formularios citados adjuntos a la demanda, los cuales desde ya, desconozco...?* (sic, fs. 361 párrafos 7º, 8º y 9º). Luego, al dar su versión de los hechos, explicó que: *?...en el caso del Sr. Héctor Alfredo Castañón, Caja de Seguros S.A. recibe la denuncia de siniestro por incapacidad total y permanente el día 04/01/2010 y el 12/01/2010 le remite carta documento informando que se rechaza el siniestro...?* (sic, fs. 370 vta., punto 2) y *?...en lo que respecta al Sr. Emilio Oscar Erut, el siniestro nunca fue denunciado ante Caja de Seguros S.A., tomando conocimiento del reclamo en la audiencia de mediación celebrada el día 10/02/2010. Ante la falta de denuncia, Caja de Seguros S.A. envía carta documento N° ... al Dr. Hugo Linares, letrado del reclamante...?* (sic, fs. 370 vta., acápite 3). De lo anterior se desprende que la accionada, en un primer momento, se limitó a desconocer genéricamente las solicitudes de Castañón y Erut, negando que las mismas hubieran sido presentadas ante su empleadora, pero después, al estructurar su defensa, dijo, sorprendentemente, que había recibido la denuncia de Castañón, mas no la de Erut. Por lo tanto, se evidencia que el desconocimiento que Caja S.A. formuló de la denuncia de Erut resultó genérico y lacónico, sin otra apoyatura más que el esfuerzo argumentativo de la defendida. Repárese que los formularios utilizados por Castañón y Erut (fs. 20 y 24) resultan prácticamente idénticos, salvo por mínimas diferencias en su formato, y que en ambos lucen los mismos sellos dando cuenta de su recepción. En tales condiciones, resulta contradictorio el reconocimiento de uno y el desconocimiento del otro, sin que puedan advertirse los motivos que justificaron tal proceder. De manera tal, la simple negativa formulada por la demandada no puede resultar suficiente para tener por invalidada la constancia acompañada por Erut, máxime cuando la recurrente no acercó ningún elemento que permita dudar de su veracidad. Obsérvese, en tal sentido, que la postura defensiva de la accionada no se apoyó en un ofrecimiento de prueba tendiente a acreditar, en su caso, la falsedad de los sellos que acusan el recibo de la solicitud. Sobre el particular, ha sido considerado que resulta insuficiente, como principio, limitar la postura procesal a una cómoda negativa que comúnmente sólo tiende a poner a cargo de la contraparte la carga probatoria (v. en tal sentido, CNCom., Sala D, *¿Palermo Autopartes S.R.L. c/ Julián Álvarez Automotores S.A. s/ordinario?*, del 26.08.99; ídem, Sala B, *¿López Arean, Héctor c/ Alberto J. Armando S.A.?*, del 05.07.74). Por lo demás, recuérdese que el juez debe valorar o apreciar las pruebas, de acuerdo con las reglas de la sana crítica, para saber cuál es la fuerza de convicción que contienen y si gracias a ellas puede formar su convicción sobre los hechos que interesan al proceso (cfr. esta Sala, en autos *¿Koirach Adrián Gustavo c/ La Meridional Compañía de Seguros S.A. s/ordinario?*, del 26.08.14), pudiendo inclinarse por aquéllas que merezcan mayor certidumbre en concordancia con las demás obrantes en la causa, pues ello es una facultad privativa del magistrado (cfr. CNCom. Sala C, *¿Belloni Omar Marcelo c/ Mazza Turismo-Mazza Hnos. S.A.C.?*, del 27.05.02; ídem, *¿Abaceta Héctor Luis c. Tonel Antonio A.?*, del 18.06.96; íd., *¿Milicix Próspero c/ C.I.M.A.D. Centro Integral Médico a Domicilio S.A.?*, del 28.12.90). Desde esta óptica y como hubiera adelantado, el mero desconocimiento de la demandada aparece insuficiente para desvirtuar la documentación traída por el actor (en igual sentido, ver esta Sala, en autos *¿Fernández Blanco Guillermo Eduardo c/ Volkswagen Argentina S.A. y otros s/ ordinario?*, del 07.04.15; íd., *¿Trigo D'aloia Karen c/ Organización De Servicios Directos Empresarios s/ ordinario?*, del 17.05.16). En ese orden de ideas, se aprecia adecuada la valoración efectuada por el juez de grado con relación a la eficacia probatoria otorgada a la documentación presentada en fs. 24, según el principio de la sana crítica que informa el Cpr. 386, en tanto su autenticidad no fue adecuadamente cuestionada. Por ello, se encuentra debidamente demostrado que Erut formuló su denuncia ante el principal el 01.12.09 (ver sello de fs. 24 in fine). Coadyuvante, no puede actualmente admitirse una visión estrecha del proceso como ámbito apropiado para la realización del derecho material que desatienda la constante interpretación de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, sentada a partir del célebre caso *¿Colalillo Domingo c/España y Rio de la Plata (Cía. De seguros)?*, del 18.09.57, con arreglo a la cual el proceso no es una sucesión de ritos caprichosos, sino una secuencia de actos ordenados a la indagación de la verdad jurídica objetiva, actividad que constituye la esencia de la función jurisdiccional. d.3. Con relación al segundo de los agravios, esto es, la alegada falta de anoticiamiento de la denuncia formulada por Erut con anterioridad a la audiencia de mediación, estíbase que el reproche, en definitiva, consiste en atribuir demora a la empleadora en la comunicación del siniestro a la aseguradora. Esta Sala ya se ha expedido sobre la cuestión en oportunidad de dictar pronunciamiento en autos

?Rogale Juan Carlos c/ Caja de Seguros de Vida S.A. s/ ordinario?, del 30.08.16, al sostener que si el seguro se celebra por intermedio del principal, el deber de denunciar se estima cumplido respecto de este último y debe meritarse sólo el conocimiento y la conducta del representado. Ello, porque si bien el destinatario es el asegurador, la declaración puede efectuarla también al intermediario que estaba munido de mandato suficiente para recibir declaraciones destinadas al asegurador (en igual sentido, CNCom. Sala B, ?Capdevielle Osvaldo Armando c/ Sud América Compañía de Seguros de Vida y Patrimoniales S.A. y otro s/ ordinario?, del 11.09.02). Y así, el retraso en el que pudiera haber incurrido el empleador en remitir la denuncia a la compañía de seguros no es oponible al trabajador (conf. CNCom. Sala C, ?Saitun, Hugo A. c/ Caja de Seguros de Vida S.A. s/ ordinario?, del 15.10.04 y citas allí efectuadas a Sala A, ?Flores, esteban c/ Caja de Seguros de Vida S.A. s/ ordinario?, del 02.05.06; Sala E, ?Berón, Mariano c/ Caja de Seguros de Vida S.A. s/ ordinario?, del 06.09.07 y Sala D, ?Rodríguez, Román c/ Caja de Seguros de Vida S.A. s/ ordinario?, del 02.10.07; entre otros). Lo hasta aquí expuesto basta para rechazar este aspecto recursivo. d.4. Así las cosas y como consecuencia lógica de lo anterior, corresponde tener por aceptado tácitamente el siniestro (conf. LS: 56), tal como hizo el a quo. Ello, por cuanto el actor denunció la ocurrencia del riesgo asegurado ante la empleadora el 01.12.09, sin que Caja S.A. se haya expedido a su respecto. Dicha circunstancia me exime de analizar los otros aspectos motivo de agravio, a la luz de los fundamentos indicados al tratar las quejas de Castañón en c.4., a cuya lectura me remito, a fin de evitar reiteraciones ociosas.

VI. Conclusión. Por todo lo expuesto y si mi criterio fuera compartido por mi distinguido colega del Tribunal, propongo al Acuerdo: i) rechazar los agravios de Caja de Seguros S.A.; ii) confirmar la sentencia apelada en todo cuanto ha sido materia de agravios; y iii) imponer las costas de Alzada a la defendida, en su condición de vencida (conf. art. 68 Cpr.). Así voto. Por los mismos fundamentos el Doctor Rafael F. Barreiro adhiere al voto de la Doctora Alejandra N. Tevez. Con lo que terminó este Acuerdo que firmaron los señores Jueces de Cámara doctores: ALEJANDRA N. TEVEZ RAFAEL F. BARREIRO MARIA FLORENCIA ESTEVARENA SECRETARIA Buenos Aires, 19 de diciembre de 2017. Y Vistos: I. Por los fundamentos expresados en el Acuerdo que antecede, se resuelve: i) rechazar los agravios de Caja de Seguros S.A.; ii) confirmar la sentencia apelada en todo cuanto ha sido materia de agravios; y iii) imponer las costas de Alzada a la defendida, en su condición de vencida (conf. art. 68 Cpr.). II. Notifíquese a las partes y a la señora Fiscal General (Ley N° 26.685, Ac. CSJN N° 31/2011 art. 1°, N° 23/17 y N° 3/2015). Fecho, devuélvase a la instancia de grado. Hágase saber la presente decisión a la Secretaría de Comunicación y Gobierno Abierto (cfr. Ley N° 26.856, art. 1; Ac. CSJN N° 15/13, N° 24/13 y N°42/15). Firman solo los suscriptos por encontrarse vacante la Vocalía N° 17 de esta Cámara (art. 109 del Reglamento para la Justicia Nacional). ALEJANDRA N. TEVEZ RAFAEL F. BARREIRO MARIA FLORENCIA ESTEVARENA SECRETARIA 027053E