

## Seguro De Vida Incapacidad Total Permanente Pedido De Informacion Complementaria

### JURISPRUDENCIA

Seguro de vida. Incapacidad total permanente. Pedido de información

complementaria Se confirma la sentencia que rechazó la demanda en la que se pretendía el cobro de un seguro de vida tomado por el empleador del accionante, por considerar que solo padece una incapacidad de tipo parcial, no incluida en la póliza.

En Buenos Aires, a los 30 días del mes de junio de dos mil diecisiete, se reúnen los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, con asistencia de la Sra. Prosecretaria Letrada de Cámara, para entender en los autos caratulados ?ORTEGA CARLOS OMAR contra SMG LIFE SEGUROS DE VIDA S.A. sobre ORDINARIO? (Expediente N° 48859/2010), originarios del Juzgado del Fuero N° 21, Secretaría N° 41, en los cuales, como consecuencia del sorteo practicado de acuerdo con lo establecido en el art. 268 CPCC, resultó que debían votar en el siguiente orden: Doctor Alfredo Arturo Kölliker Frers (2), Doctora María Elsa Uzal (3) y Doctora Isabel Míguez (1). Estudiados los autos se planteó la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada? A la cuestión propuesta, el Señor Juez de Cámara Doctor Alfredo Arturo Kölliker Frers dijo: I. LOS HECHOS DEL CASO. (1.) Carlos Omar Ortega promovió demanda contra ?SMG Life Seguros de Vida S.A.? por cobro de una suma indeterminada -y que, en rigor, surgiría de las pruebas a producirse en autos-, con más sus intereses y las costas del juicio. En sustento de su reclamo, explicó que, entre los días 07.07.02 y 13.07.09, se desempeñó laboralmente en la empresa ?Cerro Vanguardia S.A.?, con sede en Puerto San Julián, Provincia de Santa Cruz, como operador de camiones de gran porte y perforadoras, los cuales conducía ascendiendo y descendiendo pendientes a través de caminos de tierra, piedra y de gran irregularidad, ocasionándole ello un desgaste físico considerable debido a los movimientos realizados prácticamente durante toda la jornada laboral. Relató que el día 20.11.06 sufrió un cuadro de dolor agudo que derivó en su atención por parte del servicio médico de su empleador, hasta que, el 14.12.06, luego de realizados los estudios indicados por los galenos respectivos, le fue diagnosticada una ?hernia discal T 12-L1? que requirió de tratamiento medicamentoso y de la intervención de un especialista en terapia de dolor. Agregó que, con posterioridad, le fue acordada licencia por enfermedad y, producida su reincorporación laboral, la afectación a tareas livianas de perforación; aunque, ante la persistencia del dolor que lo aquejaba, acabó lavando unidades de la empresa y realizando quehaceres administrativos secundarios, hasta que, finalmente, ya sin ninguna capacidad laborativa, fue despedido. Aseveró que, al producirse el cese de su relación laboral, tomó conocimiento de que el seguro de vida tomado por su empleador con la demandada a favor suyo, cubría el supuesto de incapacidad total y permanente, por lo cual, dado que la situación antes descripta resultaba justamente configurativa de ese siniestro, procedió a denunciarlo a la aseguradora mediante nota recepcionada por esta última el día 20.08.09. Ello, a los efectos del cobro de la correspondiente indemnización, y motivado en su pleno conocimiento de que no podría superar un examen preocupacional que le permitiera reinsertarse laboralmente. Puntualizó seguidamente que la aseguradora le respondió por correo electrónico el día 28 de ese mismo mes y año que había identificado su reclamo con el nro. ?4712, póliza 1801 / Rama 11?, exigiéndole la presentación de documentación médica relacionada con las afecciones denunciadas y un ?formulario de incapacidad? que debía ser llenado y suscripto por su empleador, a quien debió intimar por telegrama para que procediera en ese sentido. Explicó luego que, una vez cumplido dicho recaudo, el 05.11.09 remitió a la accionada el formulario en cuestión junto a los restantes antecedentes médicos requeridos, quien el 13.11.09 acusó recibo de aquéllos mediante carta documento; mas, inexplicablemente, manifestó en esa misma oportunidad que la mentada documentación resultaba insuficiente y que debía enviársele copia de la historia clínica completa del asegurado, como también un certificado médico con detalle de tratamiento postoperatorio y parte quirúrgico. Refirió que, a partir de allí, había sido prácticamente imposible conseguir que la aseguradora concertara una revisión médica para comprobar por sí el siniestro denunciado, a punto tal que el día 22.12.09 debió enviarle una carta documento informándole que su reclamo se encontraba en instancia de mediación cuya primera audiencia había tenido lugar ya el día 17.12.09. Relató que, finalmente, se acordó como fecha de revisión médica el día 22.02.10 en el ?Policlínico San José? de la ciudad de Río Gallegos, Provincia de Santa Cruz, adonde debió trasladarse por sus propios medios, viajando cuatrocientos kilómetros (400 km.) para que -a fin de cuentas- no pudiera llevarse a cabo la revisión en cuestión al no encontrarse ningún médico disponible para tal menester; razón por la cual, el día 15.03.10 le envió a la compañía aseguradora accionada otra carta documento efectuando un reclamo por lo acontecido. Aseveró que, en demostración de una excelente predisposición suya para la resolución del problema, se acordó una nueva revisión médica con la demandada a cargo de la Dra. Corrales en el policlínico antes citado, pero fue enviado allí por error en la medida en que, como le fue indicado en ese nosocomio, debía en realidad concurrir al Policlínico Don Bosco, adonde se trasladó y fue finalmente revisado por la mencionada

facultativa. Indicó, como última descripción de los hechos conducentes, que el día 28.04.10, la demandada, sin tener en cuenta plazos contractuales, sin mediar suspensiones de término y demostrando un total desinterés en resolver el siniestro denunciado por su asegurado, le envió una carta documento por medio de la cual aquélla manifestaba que la continuación de la liquidación del siniestro se encontraba supeditada a la remisión del informe que hubiera emitido la citada Dra. Corrales en oportunidad de efectuar la revisión a que el asegurado había sido sometido. Enfatizó entonces que, más allá de la real incapacidad que lo afectaba -determinativa del cobro de la indemnización prevista en la póliza por configurar el concreto supuesto para su procedencia-, se había verificado en la especie, de todos modos, la aceptación tácita de siniestro contemplada en la LS:56, dado que la aseguradora demandada no se había pronunciado sobre aquél en el plazo estipulado por la citada norma, quedando indefinido su reclamo por una constante requisitoria de documentación absolutamente improcedente. Añadió, entonces, que todo ello derivaba en la responsabilidad de la compañía de seguros demandada por la falta de pago de la indemnización contractualmente asumida, como así también por los daños irrogados como consecuencia de tal incumplimiento. (2.) Corrido el traslado de ley, en fs. 162/71 compareció al juicio la demandada ?SMG Life Argentina S.A.? contestando la demanda e impetrando su total rechazo, con costas. Tras una negativa pormenorizada de la mayoría de los hechos invocados por su contraria, reconoció puntualmente la existencia del contrato de seguro tomado por ?Cerro Vanguardia S.A.? a favor del actor, como también que este último denunció la incapacidad total y permanente que lo habría afectado con el propósito de acceder al cobro de la indemnización prevista en la póliza respectiva. Expuso luego que, en tiempo y forma, es decir, con anterioridad a que se configurara el plazo de pronunciamiento a que alude el art. 56 de la ley 17.418 antes citado, y dado que la documentación acompañada por el asegurado no resultaba suficiente a los efectos de poder determinar los alcances de la afección que dijo padecer, le fue requerida a aquél la provisión de información complementaria; y que, tras ser presentado el formulario llenado y suscripto por su empleador que le fue requerido, surgía de esta pieza que Ortega no se encontraba tramitando ningún beneficio jubilatorio por incapacidad y que había sido despedido de su empleo. Agregó que, en ese marco, la información médica aportada por el propio interesado revelaba que éste ?no se encontraba totalmente incapacitado para ejercer cualquier trabajo u ocupación? a la vez que ?podía realizar tareas livianas?, lo que determinaba la necesidad de cursarle mayores requerimientos para poder establecer el efectivo alcance de sus afecciones, dado que, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, la incapacidad total y permanente alegada mal podía considerarse configurada en esas condiciones, pues aquélla refería al supuesto de que el asegurado no pudiera ?desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa?. Explicó seguidamente que, tal como lo reflejaba el intercambio epistolar mantenido con el accionante, su conducta no había importado otra cosa más que ponerse a disposición de su asegurado, a quien se le fue requiriendo documentación con el fin de verificar su real cuadro de salud, y, en definitiva, nunca remitió el último informe que se le solicitó -emitido por su propia médica-, lo cual resultaría demostrativo de que, antes que mediar aquí un supuesto de aceptación tácita de siniestro, se habría verificado una actitud obstructiva del propio asegurado contraria a su deber de información asumido en el marco contractual que vinculó a ambas partes en litigio. Finalmente, resistió la efectiva configuración de un supuesto de incapacidad total y permanente al amparo de las previsiones de la póliza emitida en su oportunidad como de cierta legislación que entendió aplicable al caso, por lo cual, aseguró, ninguna obligación de indemnizar impaga existía a cargo de su parte. (3.) Producida la prueba de que da cuenta el certificado actuarial de fs. 581 como su extensión de fs. 630, los autos fueron puestos a los efectos del art. 482 CPCC en la última foja citada, habiendo hecho uso del derecho a que refiere esa norma ambas partes en litigio; la actora mediante la presentación del alegato que corre en fs. 656/60 y la demandada a través del libelo que luce en fs. 663/5, llamándose finalmente los autos para sentencia en fs. 669, fallo que fue dictado en fs. 671/96. II. LA SENTENCIA APELADA. Mediante el precedentemente aludido pronunciamiento, el Sr. Juez de Grado rechazó la demanda interpuesta, con costas a la actora dada su condición de vencida en la contienda (art. 68 CPCC). Para así decidir, dicho Magistrado consideró, en primer lugar, que las partes habían reconocido la relación contractual asegurativa invocada en la demanda, motivo por el cual sólo cabía resolver si efectivamente se configuraba en la especie la alegada aceptación tácita de siniestro y, eventualmente, si las afecciones denunciadas por la actora constituían un supuesto de incapacidad total y permanente al amparo de la póliza objeto de contratación. Juzgó entonces el primer sentenciante que, más allá de las alegaciones del actor en torno de las alternativas verificadas en el proceso de liquidación del siniestro, aquél se había sometido a los requerimientos efectuados por la aseguradora, dando así tácita muestra de que cumpliría el pedido de información complementaria que prevé el art. 46 LS, quedando suspendido el término que establece el art. 56 de la misma norma, y resultando justificado que la compañía demandada no se pronunciara sobre el siniestro dado que nunca contó con la última información que le había requerido a su asegurado. Entendió, por otro lado, que los reparos expuestos en la demanda en torno de este particular, importaban una improcedente retroacción en actos propios que, como tal, no podía ser admitida. Estableció, a mayor abundamiento, que la investigación efectuada con relación a la incapacidad argüida por el accionante había resultado plenamente justificada y razonable, pues las certificaciones arrimadas por el interesado al denunciar el siniestro no habían

sino reflejado la existencia de una incapacidad tan solo parcial, supuesto no alcanzado por la cobertura contratada. Luego consideró que, a través de las probanzas rendidas en la causa, había quedado efectivamente acreditado que el actor sólo adolecía de una incapacidad de ese tipo, es decir, parcial, y que sus afecciones no configuraban el supuesto de incapacidad total y permanente concretamente descrito en la póliza de marras. En tal sentido, hizo especial hincapié en las conclusiones adoptadas por los peritos médico y psicólogo en sus respectivos informes, quienes habían referido, en el primer caso, que Ortega ostenta un porcentaje de incapacidad del 20,75 % y se encuentra en condiciones de sobrellevar un examen preocupacional como "apto", como también, en el segundo caso, que padece de un trastorno depresivo y de ansiedad el cual "según los dichos del paciente" se debe a la dificultad en conseguir trabajo, pero que esa sintomatología podría ser revertida con tratamiento, y sólo alcanza una incapacidad del 20 %.

III. LOS AGRAVIOS. (1.) Contra dicha decisión se alzó la parte actora mediante su recurso de apelación interpuesto en fs. 701, el cual fue concedido en fs. 702, remedio que fundó mediante el memorial obrante en fs. 711/7, presentación que motivó la respuesta de su contraria que corre a fs. 720/2. (2.) La recurrente se agravió de lo siguiente: i) que el Sr. Juez a quo desestimara su postura de que había mediado en la especie un supuesto de aceptación tácita de siniestro, dado que los requerimientos efectuados por la aseguradora, contrariamente a lo que se concluyera en la sentencia, no habrían sido justificados de acuerdo a las circunstancias del caso ii) que el Magistrado de Grado considerara que la incapacidad alegada en la demanda se configuró tan solo como parcial, pues ello se habría derivado de una incorrecta interpretación de las pruebas rendidas en la causa; y iii) que se le hubieran impuesto las costas del proceso, pues bien podría haberse adoptado un criterio diferente considerando que su parte pudo creerse con derecho a litigar como lo hizo.

IV. LA SOLUCIÓN. (1.) Thema decidendi. De acuerdo al tenor de los agravios vertidos por la recurrente, el thema decidendi a dilucidar en autos consiste en establecer, en primer lugar, si medió -o no- en la especie el alegado supuesto de aceptación tácita de siniestro, para luego pasar a considerar si la respuesta a ese interrogante fuera negativa, aquello cuanto corresponde a la incapacidad invocada en la demanda, en su caso lo relativo a una eventual indemnización debida a la actora y, finalmente, lo atinente al modo en que deben ser distribuidas las costas del proceso. Veamos. (2.) Lo relativo a la eventual aceptación tácita del siniestro denunciado por el actor. Corresponde recordar, en primer lugar, que el art. 56 LS resulta tajante al disponer que "el asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la denuncia de siniestro o bien la información complementaria prevista en los párrafos 2 y 3 del artículo 46 si esta última hubiese sido requerida", y que "la omisión de pronunciarse acerca del siniestro dentro del plazo establecido importa aceptación". La referida carga que pesa sobre el asegurador procura limitar razonablemente el tiempo en el cual debe decidirse favorable o adversamente sobre el derecho del asegurado. Por otra parte, el pronunciamiento del primero acerca del aludido derecho ha sido regulado como carga para ser observada en un plazo legal, y la sanción por inobservancia consiste, ex lege, en la caducidad de los derechos de aquél, traduciéndose ello en el reconocimiento (aceptación) de los derechos del segundo, de manera que, vencido el plazo de treinta (30) días sin que se haya hecho saber a este último el rechazo de su responsabilidad, el asegurador incurre en mora (arts. 15 y 56 citado de la referida ley); lo cual implica: a) por una parte, aceptación tácita de la garantía comprometida; y por otro lado, b) el comienzo del curso de los efectos de la mora en los términos del art. 508 del Código Civil; y, finalmente, c) la imposibilidad de alegar -por ende- cualquier tipo de causal que obste al cumplimiento de su obligación principal (cfr. Stiglitz Rubén S., "Derecho de Seguros", págs. 163/67; ig. sentido esta CNCom, esta Sala "A", 10.09.96, "Matos de Marco c. Libertad Cía. De Seguros"; 08.05.97 "Poggi Lidia c. Siglo XXI Compañía Argentina de Seguros SA"; íd. Sala "B"; 05.06.90, "Binova J. c. Compañía de Seguros del Interior"; 18.08.92, "El Comercio Cía. de Seguros c. Nieto Hnos. S.A."; íd. CNCiv, Sala "L", 20.1.89, "Souza Silva L. c. Báez H."; íd. Sala "B" 14.9.90, "De León H. c. Morales E."; íd. Sala "A" 25.8.93 "Prieto o. c. Scopel A."; íd. Sala "I", 24.2.94, "Delgado C. c. Casco A.?). Por otro lado, cabe acotar que el mecanismo de esta norma constituye un típico modo mercantil de determinar la rapidez y certeza en el tráfico, que debe ser tutelado en su operatividad y aplicado por los jueces con el máximo rigor en tanto se trata del tráfico del asegurador, pues la ratio legis de aquél reside en evitar dilaciones intentadas por la aseguradora con fundamento en la necesidad de determinar el daño, fijando cargas para el asegurado pero incumpliendo sus propios deberes al respecto (esta CNCom, esta Sala "A", 23.11.06 in re, "Taffarel Roberto Eduardo y Otro c. Caja de Seguros de Vida S.A. s. Ordinario"; íd. Sala "C", 20.05.01 in re, "Mayol Nelly M. c. Providencia Compañía Argentina de Seguros de Vida y Patrimoniales S.A.?). Ese término cursa a partir de la fecha en que el asegurado cumple con las cargas complementarias establecidas en el art. 46 de la misma ley -si es que le son requeridas por el asegurador ante la imposibilidad de pronunciarse en base a la propia información con la que cuenta-, y ello acontece el día en que el segundo recibe la última de las informaciones recabadas o la prueba instrumental. A contrario sensu, si el asegurador, luego de efectuada la denuncia del siniestro, no reclama del asegurado informaciones complementarias ni prueba instrumental, debe considerarse que puede pronunciarse sobre el derecho del asegurado con su propia información, pero debe hacerlo dentro del plazo de treinta (30) días contado, como se dijo, desde la fecha de la denuncia del siniestro, resultando que para el caso de silencio, éste habrá de operar ministerio legis como manifestación de voluntad, por tratarse del silencio opuesto a un acto

(pronunciamiento acerca de los derechos del asegurado) que constituye un deber de "explicarse por la ley" en los términos del art. 919 del Código Civil aplicable en la especie por la época en que se dieron los hechos del caso (Stiglitz Rubén S., op. citada, págs. 166/7; ig. sentido esta CNCom, Sala "B", 18.12.86, "Bandell J. c. Unión Comerciantes Cía. de Seg."; íd. Sala "D", 2.12.87, "Caccuri H. c. Cosmos Cía. de Seguros"). Asimismo, tiene dicho la jurisprudencia, reforzando el criterio expuesto, que la ausencia de pronunciamiento por parte de la compañía de seguros es de tal entidad que, directamente, su sola configuración obsta a toda posible consideración de los argumentos que con posterioridad al vencimiento del plazo pudiera invocar la compañía para excusar su responsabilidad, aun cuando aquellos hayan sido justificados o hubieran podido liberar al asegurador en caso de haber sido esgrimidos en término dado que, en este sentido, el pronunciamiento in tempore es requisito de admisibilidad de la defensa que el asegurador pretende oponer al reclamo del asegurado y su omisión constituye un reconocimiento implícito de la garantía, a la vez que un impedimento para alegar defensas ordenadas a obtener su liberación de la obligación de indemnizar (cfr. esta Sala, 28.12.06, "Serrano Erminda Maribel y otros c/ Alico Compañía de Seguros S.A. s/ ordinario"; íd. 03.5.07, "Alaljo S.A. c/ Zurich Compañía Argentina de Seguros s/ ordinario"; íd., Sala C, 24.6.85, "Raichensztein Jorge c/ Amparo Cía. de Seg. S.A."; íd. 10.10.95, "Guardado, Horacio José c/ Interamericana S.A. de Seguros Generales"; etc.). De lo dicho se desprende entonces que la única causal de interrupción de dicho plazo de fuente legal, resulta ser el requerimiento de información complementaria hasta tanto el asegurado observe su carga informativa (esta CNCom, esta Sala "A", 05.02.96, "Faerman M. c/Acuario Compañía de Seguros? JA:1996:III:528, LL:1196:B:623; íd. Sala "B", 21.09.95, "D.L.G. de P.T. c/La Meridional Compañía de Seguros?, LL:1996:E:359; íd. Sala "E" 03.09.97, "Nieto J. c/ Suizo Argentina Compañía de Seguros?, LL:1998:E:834; íd. Sala "B" 28.10.05, "Billouru A. c/Provincia Seguros?). En efecto, una vez denunciado el siniestro, subsisten cargas complementarias que tienen al asegurado como sujeto pasivo y que consisten en (a) suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la de (b) permitir (dejar hacer) al asegurador la realización de las indagaciones necesarias a tal fin y la de (c) hacer entrega (al asegurador) de la prueba instrumental de que disponga (art. 46:3 LS). A este respecto, cabe destacar que la expresión "interrupción" no debe emplearse en el sentido técnico que resulta del art. 3986 del Código Civil, ya que a las caducidades no se les aplican las reglas de interrupción y de la suspensión de la prescripción. En consecuencia, la interrupción a la que se alude lo es en la acepción de diferir, postergar, discontinuar, conceder una tregua, etc., con relación al dies a quo de la caducidad (Stiglitz, Rubén S., op. citada, 5ta. Edición actualizada y ampliada, T°II, págs.304 y sgtes.) Dicho esto, cabe acotar que la facultad del asegurador de requerir información complementaria debe ser ejercida sobre la base de lo que es razonable, a cuyo efecto habrá de tenerse presente que sólo se calificará como tal la información o la prueba requerida si en el primer caso, es objetivamente factible de ser respondida por el asegurado y, en el segundo (requerimiento de prueba), si es objetivamente razonable que disponga de la misma y si es necesaria. Por caso, se tiene decidido que los informes médicos requeridos por el asegurador, interrumpen el plazo del art. 56 LS, en tanto no se pruebe que se trate de un requerimiento innecesario o moroso (esta CNCom, Sala "B", 13.09.00, "Ramos M. c/Sud América Compañía de Seguros). De su lado, la razonabilidad del o de los requerimientos deberá juzgarse en cada caso particular, atendiendo a la naturaleza del riesgo y las circunstancias del evento, así como a la posibilidad real de satisfacerlos por parte de éste, extremo que deberá, también, ser valorado en cada caso, pues debe evitarse que mediante esos pedidos complementarios se concrete una conducta frustratoria del objetivo de la ley (esta CNCom, Sala "B", 31.05.91, "Palmieri J. c/La Nación Compañía Argentina de Seguros?; íd. 09.03.92, "Martini O. c/ Compañía de Seguros Unión Comerciantes?; íd. 15.12.93, "Milani T. c/La fortuna Cooperativa Ltda. de Seguros?; íd. 12.04.94 "Martínez D. c/Compañía de Seguros Unión Comerciantes?). En síntesis, la carga complementaria debe estar referida a información y conductas concretas, necesarias, atinentes al siniestro denunciado y conducentes a su verificación y extensión (conf. esta CNCom, esta Sala "A", 26.02.81, "Delbe J. c/Caja de Jubilaciones Subsidios y Pensiones?; íd. Sala "D", 02.06.94, "Jones C. c/República Compañía de seguros generales?; Stiglitz, Rubén S., op. citada, pág. 313). Bajo tales parámetros, diré entonces que comparto la decisión del Sr. Juez a quo de considerar razonable el requerimiento de información complementaria que la accionada cursó a su asegurado después de denunciado el siniestro, a poco que se repare en que la póliza agregada en fs. 139/48, documento sobre el cual no versa ningún tipo de disconformidad entre las partes en torno a su autenticidad, establece en su artículo primero (1°) -al referirse al riesgo cubierto para el caso de invalidez total y permanente- que "La compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa" (v. fs. 146/8), mientras que la nota mediante la cual el actor procedió a denunciar el siniestro, fechada en 04.08.09 y recibida por la aseguradora el día 20.08.09 (v. fs. 86), acompañaba tan sólo recibos de haberes y dos certificados médicos, a más de un informe de resonancia magnética nuclear que no predicaban la imposibilidad de continuar desarrollando labores en relación de dependencia. En efecto, con independencia de que la misiva mencionada no explicitó cuál de todos los "certificados" médicos anejados ahora a la causa fueron los que con ella se acompañaban (v. copias de fs. 46/68), lo cierto

es que ninguno de tales documentos, como los informes de resonancia magnética nuclear igualmente copiados en fs. 49 y 52, posee indicación de incapacidad total perceptible o bien la derecha configuración del evento constitutivo de aquella en los concretos términos de la póliza, sino más bien, como mucho, que en algún momento el asegurado fue sometido a una cirugía, con prescripción de reposo laboral y de realización de tareas livianas. Ello así, cabe colegir que la aseguradora no contaba con información que avalara los dichos del asegurado al momento en que éste denunciara el siniestro, por lo que su pedido resultó justificado en términos de razonabilidad, y no se observa, de otro lado, que se hubiera requerido al asegurado información excesiva. En tal dirección, nótese que, en tiempo propio -dado que contestó a la denuncia de siniestro con fecha 28.08.09, es decir, sin que se cumpliera el plazo a que alude la LS:56- la demandada cursó a Ortega la carta documento N° 929825216 (v. fs. 83), mediante la cual requirió información adicional consistente en ¿copia completa de la historia clínica del asegurado y certificado médico?; ¿formulario de Declaración de incapacidad del médico, contratante y asegurado? que facilitó ese mismo día por correo electrónico a la casilla de su apoderada (mnveil@infovia.com.ar) y ¿dictamen de comisión médica? en caso de contar con el mismo, información toda ésta que aparece como plausible que estuviera en poder del asegurado, además de ser necesaria por resultar que la que fue por él dirigida en forma primigenia era meramente indiciaria de un supuesto de incapacidad tan solo ¿parcial?, no amparada por la póliza. Luego, recién el 04.11.09 -aunque generada la demora en la reticencia del empleador del demandado a suscribir el formulario respectivo emitido por la aseguradora, por lo que nada puede achacársele a esta última-, la apoderada de Ortega -sin exteriorizar reparo alguno- remitió -o al menos pretendió hacerlo- la información requerida por la aseguradora conforme antes se indicara, lo cual motivó el envío con fecha 13.11.09 de la carta documento N° 929831287 emitida por parte de la compañía en cuestión señalando la carencia de buena parte de la documentación originariamente solicitada -v. fs. 81-. Sólo a partir de allí fue que el asegurado exteriorizó su disconformidad mediante carta documento N° 037840048 emitida el 24.11.09 y dirigida a la aseguradora accionada, pieza en la que aseveró que la información requerida era dilatoria y que no contaba con ella (v. fs. 82); frente a lo cual, la demanda, no obstante remarcar la insuficiencia de la documentación presentada -se insiste, cuyo reclamo había sido tolerado por el actor- le requirió que se comunicara a un teléfono cuya numeración le proveyó para que se le efectuara la correspondiente revisión médica (ver misiva de fecha 09.12.09, copiada en fs. 80). Así, malgrado los inconvenientes alegados por el actor en su demanda para llevar a cabo tal revisión en una primera oportunidad, de los cuales no se registra mayor prueba que aquello cuanto emerge del certificado de asistencia copiado en fs. 88 -el cual acredita su imposibilidad de ser atendido, pero no refleja las negativas condiciones de espera alegadas en el citado escrito inaugural (v. fs. 95, párrafo primero)- lo cierto es que esa revisión finalmente se produjo en el Policlínico San José de la ciudad de Río Gallegos el día 24.02.10, donde, a tenor de la documentación acompañada por la parte demandada en su responde (v. fs. 149), y más allá del desconocimiento efectuado por la actora a su respecto (v. fs. 178), el galeno interviniente recomendó que fuera efectuado un nuevo examen por la neurocirujana Corrales, médica que había intervenido al paciente en su oportunidad realizándole una laminectomía por patología discal degenerativa, y certificando que aquél podía realizar tareas livianas sin secuelas para su labor. Sentado ello, cabe remarcar que el propio actor reconoce que fue atendido por la mencionada Doctora Corrales, quien le habría extendido el certificado por él mismo adunado a la causa (v. copia de fs. 40), según el cual tal experta dio cuenta el 19.04.10 de que Ortega es un ¿paciente con discopatía degenerativa T12 L1 que fue intervenido quirúrgicamente en 2008 realizando una descompresión del canal. Evoluciona favorablemente y se da de alta [por cierto, agrega el suscripto] con indicación de tareas livianas. Según el paciente, esta consigna no fue respetada por su trabajo y regresa con dolor?. Esto último, tiene entonces dos implicancias: una primera, relativa a que más allá de su desconocimiento, es evidente que la documentación aportada por la accionada al contestar la demanda resulta admisible por ser compatible con el hecho de la revisión efectuada ciertamente por Corrales al actor; a la vez que una segunda, negativa para Ortega, consistente en que no se concibe por qué razón el susodicho certificado extendido por la médica en cuestión no le fue remitido a la aseguradora tal como ésta lo requirió mediante carta documento de fecha 28.04.10 (v. fs. 75). Como corolario de lo expuesto, no puede sino concluirse que en la especie, medió un caso de interrupción del plazo contenido en el art. 56 LS por requerimiento justificado de información complementaria que el asegurado, en incumplimiento a su deber de informar, no contribuyó a colectar en forma completa de modo que pudiera activarse el trámite liquidatorio del siniestro. No ignoro que bien podría sostenerse que la aseguradora debió, en todo caso, emitir pronunciamiento sin más, aunque más no fuera rechazando el siniestro en cuestión ante el incumplimiento de su asegurado (Stiglitz, Rubén S., op. citada, pág. 322). Aunque, insisto, no sólo el plazo para emitir tal pronunciamiento fue suspendido de acuerdo a la ley, cuadro frente al cual el obrar del propio asegurado así descripto se tornó mayor y relevantemente inconducente, sino que además, como lo tiene dicho esta Sala, existen en última instancia ciertas excepciones al deber de pronunciarse y, por ende, en dichos supuestos no se considera que ha mediado aceptación tácita, resultando que uno de esos supuestos es justamente el de una manifiesta falta de cobertura por ser el siniestro ajeno al riesgo objeto del contrato asegurado (cfr. esta CNCom, esta Sala ¿A? in re, 14.12.10, ¿Ruchansky Carabelli Pablo Fidel y Otro c/Assurant Argentina Compañía de Seguros

S.A. s/Ordinario?). Y tal es, en mi opinión, el caso de autos, dado que la información provista por el propio asegurado dio cuenta -aun cuando ello fuera así en la instancia de liquidación administrativa del siniestro-, de una incapacidad como antes se dijera tan sólo parcial, lo que revela la presencia de tales manifiestas condiciones de improcedencia; a lo que debe sumarse la llamativa circunstancia de que el pretendido beneficiario de la indemnización no inició trámite jubilatorio alguno por incapacidad, y fue sencillamente despedido por su empleador, cuando, como es sabido, mal pudo este último proceder en ese sentido ante una situación de salud efectivamente incapacitante. Todo lo cual, insisto, bien pudo en todo caso ser interpretado por la demandada -si no hubiera optado por requerir la información complementaria de marras- como un efectivo supuesto de manifiesta falta de cobertura.

En consecuencia, no puedo más que proponer el rechazo del agravio vertido en lo que a la materia tratada se refiere. (3.) El resultado de las pruebas rendidas en la causa en torno de la incapacidad total y permanente alegada por el actor. Como se adelantara, la póliza de marras establece que "La compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa". Bueno es recordar en esta instancia que la póliza de un seguro presupone la perfección del contrato del cual es una consecuencia; es el instrumento probatorio por excelencia del contrato y es su principal guía de interpretación. En dicho instrumento se plasman los lineamientos que van a regir la relación entre las partes a través de la inserción de las condiciones generales y las condiciones particulares (con esta CNCom, esta Sala "A", "Ruchansky" antes citado; Halperín Isaac; "Seguros", pág. 333). Las condiciones generales de la póliza pueden ser definidas con las normas, reglas, preceptos, estipulaciones o cláusulas adoptadas por una de las partes -asegurador-, para disciplinar la relación aseguradora y a las que la otra parte -tomador o asegurado- adhiere. A través de las mismas se determina el riesgo cubierto y el excluido, se enuncian las cargas del tomador y el régimen de caducidades por su inobservancia, se disciplina la liquidación del daño, se enumeran las causales de extinción del contrato, plazo de prescripción, competencia, etc. Asimismo, las condiciones particulares son aquellas condiciones creadas por ambas partes en vista de la relación particular que se conviene y establecen los elementos específicos de ésta (conf. Stiglitz, op.citada, pág. 757/8). Empero, en lo que interesa aquí, la póliza es, como se dijo, la guía principal de interpretación del contrato de seguro de que se trate y lo cierto es que no se advierten motivos que justifiquen apartarse de tales parámetros de hermenéutica contractual. En el contexto apuntado, más allá de los reparos vertidos en esta instancia, lo cierto es que no mucho más que aquello que ya fue advertido por el primer sentenciante como argumentos realmente dirimientes procede agregar: la prueba pericial médica rendida en fs. 481/4 fue categórica al revelar que el actor sólo padece una incapacidad del veinte coma setenta y cinco por ciento (20,75 %); y no se puede considerar a aquél incapaz, quien podría superar un examen preocupacional; circunstancias estas que, entonces, despejan a las claras la posibilidad de que se hubiera configurado en el caso del evento siniestral previsto por la póliza analizada. De otro lado, la pericial psicológica producida en fs. 485/91, si bien determina que el actor padece de ciertos trastornos como el "depresivo" y el "ansiedad", no sólo acaba por considerar que se tratan aquellos de cuadros que pueden ser revertidos con adecuado tratamiento, sino que en modo alguno afirma que, más allá de posibles dificultades, inexorablemente, el actor no vaya a poder desempeñarse laboralmente en el futuro inmediato, resultando destacable, en este sentido, que como consecuencia de las explicaciones requeridas por la propia parte actora, la experta respectiva indicó a fs. 508 que el grado de incapacidad correspondiente a la fecha de evaluación y sin posibilidad concreta de tratamiento a corto plazo sería del veinte por ciento (20 %). De manera que, desde el punto de vista de la salud psíquica del peticionario, tampoco puede considerarse configurada la incapacidad total y permanente tal como fue concebida por la póliza involucrada en autos. No ignoro que la referida peritación médica fue objeto de la impugnación deducida por la parte actora en fs. 525/6. Sin embargo, considero que para que las conclusiones emanadas del experto de que se trate no sean tenidas en cuenta por el Tribunal, es de menester arrimar evidencias capaces de convencer de que los datos proporcionados por el especialista son insuficientes. Es que, como es sabido, aun cuando los resultados del dictamen pericial no obligan a los jueces en la ponderación de la prueba, para prescindir de ellos se requiere, cuando menos, que se le opongan otros elementos no menos convincentes (CSJN, 13/08/1998, in re: "Soregaroli de Saavedra, María Cristina c/ Bossio, Eduardo César y otros", Fallos, 321:2118). Ello, pues la amplia libertad de los magistrados para apreciar dictámenes como el que nos ocupa, no implica la concesión de una facultad para apartarse arbitrariamente de la opinión fundada del perito idóneo, como pretende la apelante, máxime existiendo razones más que suficientes para inferir que los guarismos arrimados por el experto no son alejados de la realidad de conformidad con la totalidad de las pruebas rendidas en la causa y, en definitiva, con los hechos tal como han sido reconstruidos de acuerdo a su sustanciación. Por tanto, propongo al acuerdo desestimar también el agravio vertido en lo que al punto tratado concierne. (4.) Las costas del proceso. Sabido es que en nuestro sistema procesal, los gastos del juicio deben ser satisfechos -como regla- por la parte que ha resultado vencida en aquél. Ello así en la medida que las costas son en nuestro régimen procesal corolario del vencimiento (arts. 68, 69 y 558 CPCCN) y se imponen no como una sanción sino como resarcimiento de los gastos provocados por el litigio, gastos que deben ser reembolsados por el

vencido. Es cierto que ésa es sólo la regla general ya que la ley también faculta al Juez a eximir de las costas al vencido, en todo o en parte, siempre que encuentre mérito para ello (arts. 68 y ss CPCCN); esto es, el código ritual autoriza la imposición de las costas en el orden causado o su eximición -en su caso-, pero aquello sólo procede en todos los casos en que, por la naturaleza de la acción deducida, la forma como se trabó la litis, su resultado o en atención a la conducta de las partes, pueda resultar menester un apartamiento de la regla general (cfr. Colombo, Carlos - Kiper, Claudio, 'Código Procesal Civil y Comercial de la Nación', T° I, pág. 491). Tal es así que el artículo 68, segundo párrafo, CPCC, prevé específicamente que 'el juez podrá eximir total o parcialmente de esta responsabilidad al litigante vencido, siempre que encontrare mérito para ello, expresándolo en su pronunciamiento, bajo pena de nulidad?'. En la especie, es claro que la actora ha resultado sustancialmente vencida en la contienda, y no considero, por otro lado, que hubiera tenido motivos suficientes para litigar como lo hizo de manera que pudiera adoptarse un criterio distinto al consagrado por el principio objetivo de la derrota precedentemente analizado. Por ende, considero que la forma en que fueron impuestas las costas en la primera instancia resultó adecuada, de manera que procederá rechazar -asimismo- el agravio particularmente por la recurrente en lo que a esta materia concierne. Finalmente, por idénticos fundamentos, cabrá proceder de igual modo con relación a las costas generadas en esta Alzada (art. 68 CPCC).

**V. LA SOLUCIÓN.** Como corolario de lo hasta aquí expuesto, propongo entonces al Acuerdo: (a) Rechazar el recurso de apelación interpuesto en fs. 701; y consecuentemente, (b) Confirmar la sentencia apelada en todo lo que decide y fue materia de agravio vertida en esta instancia; (c) Imponer al recurrente las costas de Alzada de conformidad con lo expuesto en el considerando IV:(4.) (art. 68 CPCC). Así voto. Por análogas razones, las Señoras Jueces de Cámara Dras. María Elsa Uzal e Isabel Míguez adhieren al voto precedente. Con lo que terminó este Acuerdo que firmaron los Señores Jueces de Cámara Doctores: Alfredo Arturo Kölliker Frers, Isabel Míguez y María Elsa Uzal. Ante mí, Valeria Cristina Pereyra. Es copia del original que corre a fs. 537/545 del libro N° 127 de Acuerdos Comerciales - Sala A. Valeria Cristina Pereyra Prosecretaria de Cámara Buenos Aires, 30 de junio de 2017. Y VISTOS: Por los fundamentos del Acuerdo precedente, se resuelve: (a) Rechazar el recurso de apelación interpuesto en fs. 701; y consecuentemente, (b) Confirmar la sentencia apelada en todo lo que decide y fue materia de agravio vertida en esta instancia; (c) Imponer al recurrente las costas de Alzada de conformidad con lo expuesto en el considerando IV:(4.) (art. 68 CPCC). (d) Notifíquese a las partes y devuélvase a primera instancia. (e) A fin de cumplir con la publicidad prevista por el art. 1° de la ley 25.856, según el Punto I.3 del Protocolo anexo a la Acordada 24/13 CSJN y con el objeto de implementar esa medida evitando obstaculizar la normal circulación de la causa, hágase saber a las partes que la publicidad de la sentencia dada en autos se efectuará, mediante la pertinente notificación al CIJ, una vez transcurridos treinta (30) días desde su dictado, plazo durante el cual razonablemente cabe presumir que las partes ya habrán sido notificadas. Alfredo A. Kölliker Frers Isabel Míguez María Elsa Uzal Valeria Cristina Pereyra Prosecretaria de Cámara

023932E