

Seguro Colectivo De Vida Incapacidad Total Y Permanente

JURISPRUDENCIA

Seguro colectivo de vida. Incapacidad total y permanente

Se

rechaza la demanda por cobro de un contrato de seguro de vida colectivo del que resulta beneficiaria la actora por entender que no se encuentra configurado el riesgo previsto de incapacidad total y permanente.

En la ciudad de Campana, a los 28 días del mes de Diciembre del año 2018, reunidos en acuerdo los Sres Jueces de la Cámara de Apelación Civil y Comercial del Departamento Judicial de Zárate-Campana, para dictar sentencia en la causa N° 10397, caratulada Boette, Mirta Nelida c/ Caja Seguros de Vida s/ cobro ordinario de sumas de dinero, resultando del sorteo correspondiente que la votación debía realizarse en el siguiente orden: KAREN ILEANA BENTANCUR- OSVALDO CESAR HENRICOT se resolvió plantear y votar las siguientes:

CUESTIONES: 1ra.- ¿Se ajusta a derecho la sentencia apelada? 2da.- ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar? A la primera cuestión planteada, la Dra. Karen Ileana Bentancur, dijo: I- Dictó sentencia el a quo y resolvió hacer lugar a la demanda por cobro de pesos promovida por Mirta Nélide Boette contra la Caja de Seguros S.A, condenando a esta última a pagar por el seguro reclamado, la suma de \$429.016,18.-, más los intereses que deberán calcularse exclusivamente sobre el capital con una alícuota del 6% anual desde el incumplimiento (8/4/2014) hasta el momento tenido en cuenta para la evaluación de la deuda que en este caso es la sentencia, y de allí en más resultará utilizable la tasa pasiva más alta fijada por el Banco de la Provincia de Buenos Aires; y por daño moral a la suma de \$20.000.- con más intereses que se calcularán a la tasa pasiva más alta fijada por el Banco de la Provincia de Buenos Aires, desde el incumplimiento (8/4/2014), hasta el efectivo pago, con costas. II- Para decidir como lo hizo, el Sr. Juez a cargo de la anterior instancia, contempló que está fuera de discusión el contrato de seguro de vida colectivo invocado en la demanda y la calidad de beneficiaria de la actora, persiguiendo ésta el cobro del mencionado seguro, por entender que se ha configurado el riesgo previsto de incapacidad total y permanente. Con respecto a la excepción de prescripción opuesta por la aseguradora, señaló que la misma no es procedente, puesto que siguiendo el razonamiento de la demandada en el sentido que la Sra. Boette conocía el estado de su salud desde como mínimo el 31/5/2013 y presentó la denuncia de siniestro el 8/4/2014, entre ambas fechas hay 312 días, que es menos de un año. Agregó que si bien contempló la posibilidad de que la demandada quiso referir el 31/3/2013 -como postulara en el intercambio epistolar- de todos modos resulta aplicable el plazo de tres años previsto en el art. 50 de la Ley de Defensa del Consumidor. Así, juzgó que entre la fecha denunciada como hecho generador -la del supuesto conocimiento de la dolencia 31/3/2013- y el inicio del procedimiento tendiente al cobro del seguro -8/4/2014- no transcurrió el plazo trienal señalado, habiéndose así interrumpido el cobro de la prescripción, por lo que desestimó la excepción. En cuanto a la incapacidad que daría lugar al cobro del seguro, el sentenciante no encontró motivos para apartarse del resultado del informe pericial practicado en autos, por lo que entendió que la incapacidad que corresponde atribuir a la accionante es total y permanente, dado que va del 55,4% al 67,4% según sea la metodología empleada y de todos modos se configura una situación invalidante que le imposibilita continuar una labor similar a la que cumplía anteriormente, lo que habilita el cobro del seguro reclamado. Agregó que aunque la demandada ha opuesto además la existencia de cláusulas limitativas de la cobertura, vg. que la incapacidad debe surgir de una tabla de incapacidades tipificadas en la póliza, la interpretación de las mismas exige una inteligencia acorde con los principios que rigen la materia contractual en supuestos de contratos de adhesión a fórmulas predispuestas por una de las partes, en cuyo caso se ha de preferir la interpretación favorable a la otra parte -no predisponente- excluyendo las estipulaciones que cabe considerar ineficaces conforme a la ley, conforme los arts. 1198 del CC y 37 de ley 24.240; de modo que descartó dichas cláusulas limitativas de la cobertura invocadas por la aseguradora, decidiendo que corresponde por ende hacer lugar a la demanda de cobro de pesos. Y en cuanto a la indemnización que deberá percibir la accionante, apreció que del peritaje contable realizado, se desprende que el monto indemnizatorio debería ascender -siguiendo el procedimiento de cálculo establecido en la póliza- a la suma reclamada de \$193.534,80.-; pero toda vez que el máximo asegurado era \$130.000.- es ésta última la suma a que tiene derecho la demandante. Seguidamente, contempló el judicante que se está ante una obligación de valor en los términos del art. 772 del CCC; y teniendo en cuenta la cotización del dolar a la fecha en que se comenzó el procedimiento administrativo, el importe a ese momento se traducía en U\$S 16.189,29.- que a la fecha de la sentencia equivalía -según cotización de la misma moneda entonces vigente- a \$429.016,18.- que es en definitiva el capital indemnizatorio que estableció. Por último, dispuso que toda vez que se trata de un crédito estimado a valores actuales, para el cálculo de los intereses deberá computarse exclusivamente sobre el capital, una alícuota del 6% anual desde el incumplimiento (8/4/2014) hasta el momento tenido en cuenta para la evaluación de la deuda -fecha de la sentencia- y de allí en más resultará aplicable la tasa pasiva más alta fijada por el Banco de la Provincia de Buenos Aires en sus depósitos a treinta días. Al margen de ello, juzgando que la omisión de la aseguradora constituyó una indudable violencia y menoscabo al

patrimonio espiritual de la reclamante, admitió el daño moral, que justipreció en \$20.000.- con más tasa pasiva desde el incumplimiento. E impuso las costas a la accionada vencida. III- Refiere la recurrente que siendo la ley 17.418 de Seguros, una ley especial que regula específica y exclusivamente al contrato de seguro, el plazo de prescripción anual previsto por dicha norma debe prevalecer sobre el plazo de prescripción trienal que establece la Ley 24.240 de Defensa del Consumidor. Es más, alega que el contrato de seguro es ajeno a los supuestos previstos en el art. 1 de la ley 24.240. Lo cierto es que frente a los fundamentos vertidos en el fallo, la impugnante no explica las razones por las cuales no puede considerarse a la aseguradora como una proveedora de servicios y al asegurado como un consumidor; y ello es demostrativo de su falta de razón en la crítica. Y si bien en la contradicción existente entre la norma especial anterior, y la norma general posterior, en principio debería estarse al estatuto particular del seguro, lo cierto es que de así proceder la normativa de consumo sería siempre totalmente estéril, puesto que en general todos los contratos -bancarios, financieros, de adquisición de productos o servicios- tienen su propio régimen. Entonces, no sería nunca de aplicación la normativa protectoria, la que claramente, atraviesa transversalmente las reglamentaciones específicas, debiéndose resolver las contradicciones según la pauta del art. 3 ley 24.240; esto es, que en caso de duda se debe estar a favor del consumidor, es decir, en otras palabras, ante una posible colisión de normas, optarse por aquella que conduzca a una solución más favorable al mismo. En virtud de ello, y aún cuando la promulgación del nuevo CCC no hubiere modificado la ley 17.418 dejando sin efecto la prescripción más breve que la misma prevé, para equipararla con la que corresponde al régimen de consumo, hay que advertir que existen contratos de seguro que escapan al concepto de usuario como destinatario final. Es en este supuesto -cuando el contratante es el mismo destinatario final del servicio- cuando el estatuto particular de la ley de seguros, es atravesado por el régimen de consumo; resultando de ello la aplicación de la previsión mas favorable que prevé ese régimen, atento su finalidad. Por ello, la crítica entiendo no debe prosperar, y la excepción de prescripción en consecuencia ha sido bien rechazada. IV- También se queja la apelante, expresando que la actora ha incumplido la carga de denunciar el siniestro, dentro de tres días de conocerlo, a fin de dejar al asegurador en condiciones de ejercer sus derechos de verificación y control tendientes a confirmar si el siniestro integra la cobertura convenida y determinar su extensión, en los términos del art. 46 de la ley 17.418. Agrega que el incumplimiento de dicha carga produce que el asegurado pierda el derecho a ser indemnizado, sin que sea necesario que el asegurador constituya en mora al asegurado. A lo alegado hay que responder que no se ha planteado como defensa la caducidad del seguro, por lo que surge un impedimento para el tribunal, al no poder fallar sobre capítulos que no hubieren sido propuestos a consideración de la instancia de origen. (art. 280 CPCC). V- Ya yendo al fondo del asunto, postula la recurrente que no se ha configurado el riesgo por el que las partes se han comprometido voluntariamente en la póliza, por cuanto -señala- el resultado de la pericia médica no determina que la Sra. Boette tenga incapacidad total y permanente, en los términos de la póliza contratada, por cuanto -sin perjuicio que el experto se aparta del baremo establecido en la misma, lo cierto es que la incapacidad de la actora es de un 55,4%, conforme la conclusión general a que arribara el médico en el dictamen pericial. Expresa el recurrente, que el a quo no logra advertir que la Sra. Boette ha llegado a su egreso laboral en 2013 trabajando, es decir gozando de buena salud, o al menos, no en un estado de incapacidad absoluta. Dice que en tal panorama -falta de configuración del riesgo cubierto en la póliza- el silencio de la asegurada no pudo interpretarse como aceptación en los términos del art. 56 de la Ley de Seguros. En consideración de lo expuesto, solicita la apelante se revoque la sentencia en crisis, disponiéndose el rechazo de la demanda. Corresponde pues remitirse a la pericia médica para su análisis a la luz de las restantes constancias de la causa, y en función del contrato que une a las partes y sus cláusulas. Así, en su dictamen el perito dictaminó que teniendo en cuenta Baremos Ley 24557 (para fractura de nariz e hipertensión- cardiopatía) y Ley 24.241 Dto. 478/98 -solicitado por la demandada-, la totalidad de los Baremos restantes consultados- Ley 24557 Tabla Decreto 659/96, Baremo AACCS, y Sistema Integrado de jubilaciones, resulta que la actora presenta una incapacidad total de: a. fractura de huesos propios y/o tabique con desplazamiento y obstrucción nasal: 2% de incapacidad; b.- Hipertensión arterial Estadio III: 35% de incapacidad; c.- Reemplazo valvular con leve a moderada repercusión hemodinámica: 30% de incapacidad. Total: (2 35 30)= 67% de incapacidad..." En cuanto a los alcances de la incapacidad expresó el experto: "El dicente considera no podría seguir realizando las tareas descriptas en la demanda..." También agregó: "...Según Resolución SRT N°043/97 en relación a los exámenes pre-ocupacionales (Art. 2°), la actora no será apta para el desempeño de algunas de las tareas físicas que se le requerirán. Sin caer en un juicio discriminatorio ya que la función de este examen es evaluar la adecuación del postulante a las características del trabajo, y en particular si estuvieran presentes agentes de riesgo determinados por el Decreto N°658/96..." Al contestar el mismo pedido de determinación de incapacidad por la demandada, el galeno remite a las conclusiones generales vertidas, esto es a la incapacidad fijada en el 67%. Pero también aclara que "de considerar método de capacidad restante, surge un total de 55,4% de incapacidad (2% 35% de 98% 30% de 63,7%)= 2 34.3 19,1= 55,4% de incapacidad). Ahora bien, conforme lo convenido en la póliza, el cálculo corresponde sea efectuado conforme al método de capacidad restante que solicita la demandada; y como se ha visto, el experto informa que sometidas las incapacidades parciales detectadas a dicha

metodología de determinación, no se alcanza un resultado asimilable a la incapacidad total y permanente del 66,6% que constituye el riesgo asegurado. Y si bien ya se ha dicho precedentemente que procede dejar sin efecto las cláusulas abusivas o que desnaturalizan las obligaciones esenciales objeto de la contratación; así como en virtud de la naturaleza consumeril de la relación subyacente -en el caso- la interpretación en supuesto de duda debe inclinarse hacia la más favorable al consumidor, todo ello no conlleva que pueda desconocerse la regulación convencional que en su literalidad y a través del contenido de las cláusulas estipuladas, diseña el alcance de las obligaciones asumidas entre las contratantes y el modo de determinación de las mismas. Desde tal pie de marcha, no encuentro que la sujeción a la fórmula de la capacidad restante que se prevé en la cláusula adicional 820 de la póliza de marras, resulte arbitraria, abusiva, oscura, inequitativa, que constituya un apartamiento de la ley, o del fin del contrato, que permita tornándola inaplicable, o dejarla sin efecto. Así, debe concluirse que asiste razón a la apelante, pues sometida la pericia en su análisis a las reglas de la sana crítica, que exigen en el presente su compulsa a la luz del seguro contratado y las previsiones contractuales aplicables determinadas en la póliza que lo rige, resulta que -aun contemplando la totalidad de las dolencias detectadas sin excluir ninguna en función de la taxatividad consagrada en la póliza- de todos modos, conforme el procedimiento para sumar incapacidades parciales -fórmula de las capacidades restantes, art. 3 de dicho adicional- no se configura en el sub lite el siniestro cubierto. (Art. 1197 CC -aplicable según art. 7 del actual CCCN). VI- Entonces, si mi opinión es compartida, entiendo corresponde hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, revocando en consecuencia la sentencia en crisis. No obstante, en cuanto a las costas, juzgo equitativo que sean impuestas en ambas instancias en el orden causado, en virtud de que el impacto de las dolencias en la persona de la actora, pudo generar convicción en cuanto a la configuración del riesgo cubierto, lo que otorga sustento a su intención de accionar como lo hizo. (Art. 68 CPCC). Así lo voto. Por compartir los mismos fundamentos, el Dr. Osvaldo Cesar Henricot, votó en el mismo sentido. A la segunda cuestión planteada, Dra. Karen Ileana Bentancur, dijo: En atención al resultado obtenido en la votación a la primera cuestión, el pronunciamiento que corresponde se dicte, debe ser: Hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, revocando en consecuencia la sentencia en crisis, y disponiendo el rechazo de la demanda instaurada, con costas de ambas instancias en el orden causado. Así lo voto. Por compartir los mismos fundamentos, el Dr. Osvaldo Cesar Henricot, votó en el mismo sentido. Con lo cual se dio por terminado el presente Acuerdo que firmaron los Sres. Jueces por ante mi, dictándose la siguiente SENTENCIA Campana, 28 de Diciembre de 2018. VISTOS Y CONSIDERANDO: El acuerdo que antecede, fundamentos y citas legales, dados al tratarse la cuestión primera, El Tribunal RESUELVE: Hacer lugar al recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, revocando en consecuencia la sentencia en crisis, y disponiendo el rechazo de la demanda instaurada, con costas de ambas instancias en el orden causado. NOTIFÍQUESE. REGÍSTRESE. DEVUÉLVASE.

037048E