

## Seguro Colectivo De Vida

### JURISPRUDENCIA

### Seguro colectivo de vida

Se confirma la sentencia que

rechazó la demanda en la que se reclama la indemnización de los daños y perjuicios derivados del incumplimiento de un seguro colectivo de vida. En la Ciudad de Azul, a los 31 días del mes de Mayo de 2018 reunidos en Acuerdo Ordinario los Señores Jueces de la Excm. Cámara de Apelaciones Departamental -Sala I- Doctores Esteban Louge Emiliozzi y Lucrecia Inés Comparato y, encontrándose vacante la restante vocalía, para dictar sentencia en los autos caratulados: "NIÑO DE REISNER, ANA MARIA C/ CIRCULO MEDICO DE TANDIL S/ DAÑOS Y PERJUICIOS (SUMARIO) ", (Causa Nº 1-62654-2017), se procede a votar las cuestiones que seguidamente se enunciarán en el orden establecido en el sorteo oportunamente realizado (arts. 168 de la Constitución Provincial, 263 y 266 del C.P.C.C.), a saber: Doctores LOUGE EMILIOZZI-COMPARATO.- Estudiados los autos, el Tribunal resolvió plantear y votar las siguientes: -CUESTIONES- 1ra.- ¿Corresponde declarar la deserción del recurso interpuesto a fs. 291? 2da.- ¿Es justa la sentencia de fs. 265/272? 3ra.- ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar? -VOTACION- A LA PRIMERA CUESTION: el señor Juez Doctor LOUGE EMILIOZZI dijo: I) Si bien al tratar la siguiente cuestión mencionaré el contenido del decisorio apelado y el alcance de los agravios vertidos por la actora, basta mencionar, a los fines que ahora interesan, que la sentencia de primera instancia obrante a fs. 265/272 fue apelada a fs. 291, apartado I, por la parte demandada. Elevados los autos a la Alzada se dicta la providencia de fs. 322, por la que se llama a expresar agravios de conformidad a lo dispuesto por el art. 254 del C.P.C.C., sin que la accionada haya cumplido con tal carga procesal, tal como surge del informe de Secretaría obrante a fs. 332. Sentado lo expuesto, atento a lo normado por el art. 261 del C.P.C.C., corresponde declarar desierto el recurso de apelación deducido a fs. 291, apartado I. Es dable aclarar que el tratamiento de la apelación incoada en el apartado II de ese mismo escrito, por la cual se recurren por altos los honorarios regulados por la incidencia de fs. 262, que fuera concedida a fs. 314 en los términos del art. 57 de la ley 8904, se verá reflejado en la parte resolutive de este decisorio. Así lo voto. La Señora Jueza Doctora Comparato adhirió por los mismos fundamentos al voto precedente.- A LA SEGUNDA CUESTION, el Señor Juez Doctor ESTEBAN LOUGE EMILIOZZI, dijo: I.a.) El presente proceso es iniciado a fs. 34/42 por la Sra. Ana Reina Niño de Reisner, quien en su carácter de viuda del Dr. Eduardo David Reisner, fallecido el 13.07.1998, reclama al Círculo Médico de Tandil la indemnización de los daños y perjuicios derivados del incumplimiento de un seguro colectivo de vida que la accionada había contratado con la aseguradora ?Cooperativa de Seguros Federación Agraria?, al que el Dr. Reisner había adherido. b) Bilateralizada la demanda bajo el cauce del proceso sumario (44), la accionada la responde a fs. 73/78, solicitando su rechazo, con costas. También requiere la citación de los liquidadores de ?Federación Agraria Argentina Cooperativa de Seguros Limitada?, en los términos del art. 94 del C.P.C.C., a lo que el Juzgado hace lugar (fs. 87/90). c) A fs. 152/155 se presenta el liquidador de la aseguradora a contestar su citación como tercero, oponiendo también las excepciones de prescripción y falta de legitimación pasiva. d) A fs. 164 se difirió el tratamiento de las excepciones y se abrió la causa a prueba, certificándose sobre su producción a fs. 256. II) De este modo arribamos al dictado de la sentencia apelada, en la que el Sr. Juez de grado hizo lugar a la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por el tercero, con costas al Círculo Médico de Tandil, pero al mismo tiempo rechazó la demanda, con costas a la actora. En el mismo decisorio reguló honorarios por el principal e incidentes, introduciendo una modificación a fs. 275 en relación a los honorarios de la Contadora Mikkelsen vinculada a su situación frente al IVA. III) El aludido decisorio fue apelado por la actora a fs. 276 y por la demandada a fs. 291, quien apeló tanto el fondo de la sentencia (fs. 291 apartado I) como los honorarios regulados por la incidencia de fs. 262 (fs. 291 apartado II). Recibidos los autos en esta instancia se convocó a las partes a expresar agravios (fs. 322), aunque sólo la parte actora cumplió con tal carga a fs. 326/330, sin obtener respuesta de la contraria (conf. fs. 332). Al contenido de los agravios lo iré mencionando infra, a medida que los vaya abordando, para ganar en claridad y evitar reiteraciones. IV) A fs. 332 se llamó autos para sentencia y a fs. 336 se practicó el sorteo de ley. Sin embargo, a fs. 337 se suspendió el plazo para dictar sentencia, por advertirse que no había sido remitido el proceso sucesorio de Don Eduardo David Reisner pese a que el mismo había sido ofrecido como prueba, y que a razón de la invocación de la ley 24.240 en la expresión de agravios correspondía dar vista al Sr. Fiscal General en los términos del art. 52 de dicha ley. En este estado, habiéndose recibido el proceso sucesorio que se tiene a la vista (conf. constancia de fs. 347), y habiendo dictaminado el Sr. Fiscal General (fs. 350/352), corresponde reanudar en este mismo acto el plazo para dictar sentencia y emitir dicho pronunciamiento. V.a) Como punto de partida, puede advertirse que en diversos pasajes del escrito de expresión de agravios se solicita la aplicación al caso de la ley 24.240 de Defensa del Consumidor, lo que motivó que a fs. 337, 2do. párrafo, se confiriera vista al Sr. Fiscal General. Así las cosas, un primer punto a dilucidar es si la mentada ley protectoria resulta aplicable al caso de autos. 1. En esa faena, una

primera arista a considerar se vincula con la oportunidad de invocación de esta ley, ya que la misma recién es mencionada al fundar el recurso, lo cual, prima facie, podría considerarse atentatorio del principio de congruencia (arts. 34 inc. 4, 266, 272 y conc. del C.P.C.C.). No obstante, entiendo que la respuesta al interrogante que genera esta situación ha de ser positiva, en atención al carácter de orden público que ostenta la ley 24.240 (art. 65 ley cit.; Excma. Suprema Corte Provincial, C. 109.305, "Cuevas" del 01.09.2010). En efecto, la Alzada debe aplicar aún de oficio las normas de orden público, sin estar obligada a ceñirse a los propios términos del recurso, por cuanto el principio de congruencia que gobierna el proceso civil sufre excepción frente a leyes que revisten tal naturaleza (Azpelicueta, Juan José - Tessone, Alberto "La Alzada. Poderes y Deberes", pág. 195; esta Sala, causas n° 53.261, "Macaya", del 01.10.2009, voto del estimado ex colega Dr. Guillermo L. Céspedes; n° 54.487, "Isasa", del 07.10.2010; n° 54.465 "Banega" y 54646 "González" (acumuladas) del 15.12.2010.; n° 55.527, "Hidalgo", del 20.10.2011, voto de la estimada colega Dra. Lucrecia Comparato; n° 55.750 "Banco de la Nación Argentina", del 17.11.2011., entre otras). Así las cosas, con mayor razón es posible analizar la cuestión cuando, como en el caso, ésta ha sido planteada en diferentes tópicos del recurso deducido por la parte actora (conf. esta Sala, causa n° 57.939, "Banco de la Provincia de Buenos Aires", del 10.07.2014).

2. Despejado lo anterior, y siendo que la relación de consumo es el vínculo jurídico entre el proveedor y el consumidor o usuario (art. 3 de la ley 24.240 -modif. por ley 26.361-), debe analizarse si en el caso concreto el "Círculo Médico de Tandil" puede considerarse comprendido en el concepto de proveedor al que alude el art. 2 de la ley consumeril, según el cual reviste tal condición "... la persona física o jurídica de naturaleza pública o privada, que desarrolla de manera profesional, aun ocasionalmente, actividades de producción, montaje, creación, construcción, transformación, importación, concesión de marca, distribución y comercialización de bienes y servicios, destinados a consumidores o usuarios." Para ello, es necesario referirnos brevemente a los seguros colectivos voluntarios, para lo cual retomaré algunos conceptos vertidos en anteriores oportunidades (esta Sala, causas n° 53.113, "Marrese", del 05.08.2009, primer voto del suscripto y n° 59.036, "Morúa", del 14.04.2015, primer voto de nuestro estimado ex colega Dr. Ricardo Bagú al cual presté mi adhesión sumando algunas consideraciones sobre los seguros colectivos; Louge Emiliozzi, Esteban y Giuffo, María Virginia, "La reticencia en seguros de vida conexos a contratos bancarios", Revista de Responsabilidad Civil y Seguros, La Ley, enero de 2010, pág. 52 y sig.). El art. 1 de la ley 17.418 define al contrato de seguro en los siguientes términos "Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto". En cuanto a sus caracteres, es un contrato: a) consensual; b) bilateral; c) condicional; d) oneroso; y e) aleatorio (Halperín, Isaac, "Seguros", 3ª edición actualizada por Nicolás A. Barbato, pág. 24 y sig., cit. por Cám. Nac. Com., Sala "C", 03.06.2008, "Cóceres, José P. v. Alico Compañía de Seguros S.A.", con comentario de Augusto M. Morello y Rubén S. Stiglitz, "El consentimiento del tercero en el contrato de seguro de vida para el caso de muerte", SJA, 01.04.2009). El seguro de vida queda comprendido dentro del género de los seguros de personas regulados desde el art. 128 hasta el 156 de la Ley de Seguros, encontrándose específicamente normado en los arts. 128 a 148. A su vez, el genéricamente denominado "seguro de vida" presenta diversas variantes, entre las que se incluye el llamado "seguro de muerte" o "para el caso de muerte" (art. 148 L.S.), en el que el asegurador se obliga a pagar la prestación comprometida en la especie de moneda acordada a los herederos o beneficiarios instituidos si el asegurado fallece durante la vigencia del contrato (Eduardo R. Scolara y Verónica A. Scolara, "Código de Comercio Comentado y Anotado", dirig. por Adolfo A. N. Rouillón, T. II, pág. 193; el destacado me pertenece). A esta variante también se la ha denominado "seguro de vida para el caso de muerte" (CC0102, M.P. 111580, RSI-436-00, I 11-5-2000, "Suárez, Carlos Alberto s/ Sucesión", base Juba). En cuanto a los seguros de vida colectivos, Halperín, en la obra antes citada (pág. 855), se refiere a ellos en los siguientes términos: "la relación asegurativa de fondo se establece entre asegurador y asegurado adherente; la posición del contratante originario (tomador) es preponderantemente formal, relativa en lo fundamental a la formación del contrato, lo cual, no obstante, no le resta importancia dentro de esa estructura, ya que no sólo es quien acuerda con el asegurador el contenido normativo del contrato, sino que tiene, por su carácter de parte del acuerdo, la posibilidad de convenir su prórroga, o no renovarlo e, incluso, rescindirlo (siempre que ello no lesione derechos adquiridos de los asegurados). El tomador gesta la relación que, por su naturaleza colectiva, tiene por consecuencia involucrar en su plexo normativo a los adherentes, quienes, como su nombre lo indica, sujetan su conformidad a esa estructura contractual preexistente, y en ocasiones pueden introducir sólo variaciones de aspectos aislados (p. ej., acordar determinado monto de capital asegurado, agregar algunas coberturas adicionales secundarias, etc...)." (el destacado me pertenece). "Por otra parte, los adherentes deben ser integrantes de un grupo, es decir, un conjunto de personas que mantienen determinada relación con el tomador (generalmente de empleo), grupo cuya composición debe tener cierta variedad en la probabilidad que respecto de cada integrante presente el riesgo, de forma que, especialmente en razón de sus edades -aunque en ocasiones influyen conjuntamente otros aspectos...- tales riesgos se compensen unos con otros y permitan establecer una prima promediada precisamente en función de las características de ese grupo." "Como se vio, estos seguros, más que una rama o especie de los seguros de personas, constituyen una forma de instrumentación, estructuración y gestión de una pluralidad de

relaciones de seguro de naturaleza similar, correspondientes a personas que conforman un grupo y que están vinculadas por relaciones laborales, o profesionales, o societarias, etc., que preexisten a la contratación. El grupo tiene que estar conformado antes de que sea contratado el seguro, es decir, existir como tal...? (el destacado me pertenece). ¿Cabe destacar, por otra parte, que es el tomador quien, en general, se obliga a mantener cubiertos los pagos de las primas, aunque luego las recupere total o parcialmente de los asegurados o, lo que es más frecuente, ya las haya cobrado mediante deducción efectuada sobre el sueldo o salario de éstos, en su caso... Asimismo, el asegurado es titular de otro derecho fundamental, como es el de designar beneficiario libremente (salvo el caso en que la designación tenga carácter irrevocable, instituida a favor del tomador) y, por ende, también el de cambiar a quien hubiere designado?. Tal como se destaca en el texto transcrito, la conformación del ?grupo? puede obedecer a las más diversas causas. En análogo sentido, se ha dicho que ?El lazo o vínculo en cuestión generalmente es un contrato o una institución. En el primer supuesto pueden ser contratos de trabajo, o de préstamos, etc.; en el segundo, la relación se puede deber al hecho de participar en una misma asociación (club, sindicato, fundación, etc.)? (Bulló, Emilio H., ?El derecho de seguros y de otros negocios vinculados?, Ábaco, T. 2, págs. 64/65). Así caracterizado el seguro colectivo de vida y el rol que asume cada uno de los tres sujetos que interviene en esa relación jurídica (aseguradora, tomador y adherente), no se advierte que el tomador pueda ser considerado proveedor en los términos del art. 2 de la ley 24.240, al menos para la generalidad de los casos y, por ende, y a tenor de lo dispuesto por el art. 3 de la misma ley, no integra la relación de consumo. Entiendo que esta conclusión también puede extraerse de la doctrina de la Corte provincial, quien ha dicho que ?El seguro de vida colectivo voluntario en el que se establece una relación directa entra la compañía aseguradora y las personas asegurables -empleados- resultando el empleador -principal- un simple intermediario, se rige por los arts. 153 a 156 de la ley 17.418...? (L 33269, S 26-8-1986, ?Bertoluzzi?; L 80593, S 3-10-2001, ?Vila?; L 79840, S 23-12-2003, ?González?, base Juba). Más recientemente, la Excma. S.C.B.A. sentó como doctrina que ?La contratación del seguro de vida colectivo es potestativo; cubre los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente para el trabajo, siempre y cuando el asegurado se encuentre al servicio del principal. Pues, finalizada la relación de dependencia, los asegurados quedan excluidos del seguro al término del período por el cual se hubieren abonado las primas, teniendo la posibilidad de optar por la continuación en el seguro, en cuyo caso debe realizar la correspondiente manifestación de voluntad en este sentido, expresamente y por escrito ante la aseguradora. En esta contratación el empleador no es parte, limitándose su responsabilidad al debido cumplimiento de las obligaciones que expresamente le atribuye la póliza.? (B 58122 RSD-409-16 S 28/12/2016 Juez KOGAN (SD), ?Pérez de Angilello, María Consuelo c/ Provincia de Buenos Aires (Poder Judicial) s/ Demanda contencioso administrativa?; el destacado me pertenece). La excepción a tal principio estaría dada -dicho esto también en términos generales- en aquellos casos en los cuales existe conexidad entre ambas relaciones jurídicas y la relación subyacente sí es de consumo, como ocurre con los seguros de vida conexos a contratos bancarios (Louge Emiliozzi, Esteban y Giuffo, María Virginia, ?La retención en seguros de vida conexos a contratos bancarios?, cit., especialmente apartado III, ?La conexidad entre el seguro de vida y el contrato bancario?). En tal sentido, también dijo la Corte provincial -en una sentencia en la que aplicó la Ley de Defensa del Consumidor- que ?El seguro colectivo de vida de deudores, es contratado por el banco mutuante en su exclusivo interés, con el fin de proteger el recupero de su crédito ante la eventualidad del fallecimiento -o invalidez total o permanente- del deudor, cuyo flujo de ingresos posibilita la regular amortización del préstamo concedido. El banco mutuante no sólo es el contratante directo del seguro (y, por tanto, "asegurado") sino también su beneficiario, condición esta última en la que no puede ser sustituido por el deudor mutuario, por cuanto en los términos del art. 143 de la ley 17.418 resulta, justamente, un beneficiario oneroso. De su lado, el deudor mutuario es, respecto del seguro, un "tercero" (arts. 503, 1195 y 1199, Código Civil).? (C 105526 S 15/08/2012 Juez NEGRI (SD) ?Hernández, Silvina Raquel y otros c/Banco de la Provincia de Buenos Aires s/Cumplimiento de contrato?). Por todo lo dicho, y como ya lo anticipara, entiendo que en este caso el ?Círculo Médico de Tandil? no puede ser considerado proveedor en los términos del art. 2 de la ley 24.240. Pero ello no implica, claro está, negar sin más su responsabilidad, la que deberá ser analizada a la luz de los principios generales de la responsabilidad civil, que es, por otra parte, la tesis que se había adoptado en la demanda. Es que, como vimos antes siguiendo la doctrina de la Excma. S.C.B.A. en una de las causas citadas (?Pérez de Angilello?), el tomador está obligado al debido cumplimiento de las obligaciones que le atribuye la póliza. Tanto es así que en dicho precedente -que tiene algunas semejanzas con este caso, ya que se achacaba al tomador un déficit en el deber de información- la Corte debió analizar si el adherente del seguro había sido bien informado, o no, sobre la posibilidad de extender la vigencia del seguro de vida más allá de su jubilación. b) Una lectura integral del escrito de inicio (fs. 34/42) revela que la actora achaca tres incumplimientos al ?Círculo Médico de Tandil?, que aparecen claramente resumidos en el primer párrafo de fs. 37vta., a saber: i) haber incumplido su obligación principal de cubrir los efectos del deceso del galeno, para lo cual recibió pagos durante años, derivando su obligación en un tercero (la compañía aseguradora); ii) una incorrecta elección de la compañía aseguradora, ya que se decretó su liquidación y ello frustró la percepción de la suma asegurada; iii) un déficit en el deber de información, dado que la accionada no habría informado al Dr. Reisner sobre la necesidad de designar

beneficiario, circunstancia que obligó a promover su sucesorio insumiendo un tiempo durante el cual se liquidó la compañía aseguradora. El ?a quo? advirtió con claridad que las imputaciones de responsabilidad al Círculo se basaban en esos aspectos (ver esp. fs. 265vta., último párrafo) y luego los fue abordando (esp. fs. 270/271vta.), para concluir, como ya vimos, en el rechazo de la demanda. Así las cosas, y dado que el apelante retoma esos tres fundamentos en el escrito de expresión de agravios (fs. 326/330), a continuación abordaré esas críticas (doctr. arts. 266 y 272 del C.P.C.C.).

1. Como acabamos de ver, tanto en la demanda como en la expresión de agravios la parte actora afirma que sobre el Círculo Médico de Tandil pesaba la obligación de dar cobertura de vida a sus asociados, que durante años cobró para ello, y que no queda eximido de tal responsabilidad por el hecho de haberla derivado a un tercero (la compañía aseguradora). Sin embargo, entiendo que el agravio no es de recibo. En efecto, tal como lo aclaró el Círculo Médico de Tandil en su contestación de demanda (fs. 73/80), dicha entidad es una Asociación Civil sin fines de lucro, cuyo objeto social consiste en ?... gestionar la afiliación o vinculación con otras entidades médicas, gremiales, científicas y vincularse con las que agrupan a otros profesionales, no médicos, relacionados con la atención médica en su más amplio sentido, estudiar y promover la adopción de medidas y sistemas de seguridad social, colaborar con la designación de profesionales médicos para ocupar cargos honorarios o rentados, promover el desarrollo de la cultura médica y en general entre sus asociados y en su zona de influencia pudiendo a tal efecto establecer premios o becas y patrocinar concursos o investigaciones, administrar para sí o para terceros o asociada a terceros todo lo concerniente a servicios médicos de cualquier tipo y especialidad y en particular administrar y gerenciar los contratos que celebren la institución y/o profesionales médicos, sea a título institucional como integrando cualquier forma asociativa, con instituciones prestadoras o financiadoras de servicios médicos.? (fs. 74vta.). Así las cosas, queda en claro que el Círculo Médico no tiene a su cargo las prestaciones relativas a la previsión y seguridad social de los médicos, las cuales, tal como también se explica en la contestación de demanda (fs. 75vta.), están en cabeza de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires (ley 12.207, esp. art. 2), que es el órgano ante el cual, en caso de fallecimiento, debe gestionarse la pensión correspondiente (arts. 54 a 56 de dicha ley). Lo dicho en el párrafo anterior no se ve alterado por el hecho de que una de las funciones del Círculo Médico consista -conforme surge del párrafo de la contestación de demanda antes transcripto- en ?... estudiar y promover la adopción de medidas y sistemas de seguridad social...?, ya que es frecuente que los Colegios Profesionales, los empleadores de gran volumen (como es el caso del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires), los sindicatos, y otras organizaciones similares, tiendan a prestar servicios semejantes para un mayor beneficio de sus miembros o dependientes. Más ello no implica -reitero- afirmar que sobre dichos entes recaigan las obligaciones propias de los organismos de la Seguridad Social. Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que los denominados ?seguros colectivos de vida voluntarios? tampoco son prestaciones inherentes a la seguridad social, sino que, como su nombre lo indica, son seguros voluntarios a los cuales las personas que pertenecen al grupo (en este caso, los asociados al ?Círculo Médico de Tandil?) pueden adherir o no. En tal sentido, el Sr. Juez de grado valoró correctamente las declaraciones testimoniales en las que se afirmó que el Círculo Médico no tenía la obligación de asegurar a sus asociados (fs. 271, reseña de las declaraciones de los testigos Rocco y Lavítola), y ello no es eficazmente rebatido en los agravios, donde se insiste en que la accionada había asumido la obligación de asegurar la vida de sus asociados, pero no se aportan nuevos argumentos (fs. 326vta.), incumpléndose de ese modo con la carga que establece el art. 260 del C.P.C.C. Es que, conforme la caracterización del seguro voluntario de vida que efectuáramos más arriba, resulta claro que la voluntad de adherir a tal seguro surge de la iniciativa de las personas integrantes del grupo y la obligación de abonar la suma de dinero asegurada en caso de producirse el riesgo previsto recae sobre el ente asegurador, siendo el tomador un simple intermediario. Y ello no se ve conmovido por el hecho de que el tomador tenga a su cargo el cobro de las primas, ya que, como también vimos antes, ello es lo habitual; es el tomador quien, en general, se obliga a mantener cubiertos los pagos de las primas, aunque luego las recupere total o parcialmente de los asegurados o, lo que es más frecuente, ya las haya cobrado mediante deducción efectuada sobre el sueldo o salario de éstos (en este caso, sobre los ingresos de los médicos cuyo cobro gestiona). Por todo lo expuesto, y tal como lo anticipara, este agravio no es de recibo.

2. Conforme vimos antes, otra de las faltas que la actora achacó a la accionada en la demanda, y retoma en los agravios (esp. fs. 328, 2do. párrafo), se sustenta en una supuesta mala elección de la compañía aseguradora. Al respecto, es dable tener en cuenta que la póliza en cuestión tuvo vigencia desde el 01.02.1998 hasta el 01.02.1999 (conf. copia obrante a fs. 69), el Dr. Reisner falleció a los 60 años el 13.07.1998 (certificado de defunción obrante a fs. 5 de su sucesorio), y la Superintendencia de Seguros de la Nación decretó la prohibición de seguir operando como entidad aseguradora a ?Federación Agraria Argentina Cooperativa de Seguros Limitada? mediante Resolución de fecha 15.06.1999 (conf. contestación del liquidador, especialmente fs. 152 último párrafo). Este cotejo temporal permite afirmar que al momento de contratación de la póliza, e inclusive durante todo el tiempo que duró su vigencia, la compañía aseguradora se encontraba autorizada para funcionar por la Superintendencia de Seguros de la Nación, en el marco del régimen de control del sector establecido en la ley 20.091. Así las cosas, no podemos imputar al Círculo Médico demandado responsabilidad alguna, siendo que contrató con una aseguradora que en ese momento estaba

habilitada para funcionar por el órgano de control correspondiente. Por lo demás, no es exacto que pueda inferirse que la aseguradora elegida por el 'Círculo Médico' fuera una compañía de alto riesgo por el hecho, por ejemplo, de celebrar seguros de vida sin límite de edad, tal como se argumenta a fs. 327 y vta. de la expresión de agravios. Es que, como vimos antes siguiendo la obra de Halperín, los seguros colectivos permiten la incorporación de un grupo muy importante de personas, y la composición de ese grupo debe tener cierta variedad en la probabilidad que respecto de cada integrante presente el riesgo, de forma que, especialmente en razón de sus edades -aunque en ocasiones influyen conjuntamente otros aspectos- tales riesgos se compensen unos con otros y permitan establecer una prima promediada precisamente en función de las características de ese grupo. Y ello es lo que suele pasar en los casos de seguros colectivos de vida gestionados por entes que nuclean a personas laboral o profesionalmente activas, tales como Colegios Profesionales, Sindicatos, empleadores, etcétera, ya que dentro de ese grupo suele haber personas muy jóvenes que compensan el riesgo que suponen las personas más adultas. En el caso de autos, esta diversidad etaria se ve claramente reflejada en la documentación de fs. 70, de donde surge que algunos de los médicos que adhirieron al seguro eran muy jóvenes (28 y 29 años). Por lo tanto, concluyo que este segundo agravio tampoco es de recibo. 3. Finalmente, y tal como fuera anticipado, la actora también endilgó a la accionada un déficit en el deber de información, ya que el Círculo no habría informado al Dr. Reisner sobre la necesidad de designar beneficiario, circunstancia que obligó a promover su sucesorio, lo que a su vez insumió un tiempo durante el cual se liquidó la compañía aseguradora. En principio, el asegurador debe pagar el capital al beneficiario indicado en el contrato (art. 143 de la ley 17.418). Sin embargo, es habitual -al punto que está expresamente contemplado por la ley- que el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se torne ineficaz o quede sin efecto, en cuyo caso la ley entiende que designó a los herederos (art. 145, cuarto párrafo, de la misma ley). Haciendo aplicación de estas normas, la jurisprudencia ha dicho que 'En el seguro de vida colectivo obligatorio la designación de los beneficiarios, compete a los asegurados; más en el supuesto de no haberse completado beneficiarios o si por cualquier causa tal designación hubiese caducado o quedado sin efecto, se entiende que designó a los herederos por el cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarados judicialmente o que surjan del auto de aprobación del testamento. Ninguna disposición atinente a los beneficiarios -para el caso de muerte remite al art. 248 de la LCT? (CC0103 LP 239945 RSI-468-2 I 12/12/2002, 'Ogas, Jorge Raúl s/Sucesión?', magistrados votantes: Bourimborde-Perez Crocco). A la luz de lo dicho, queda en claro que no es poco habitual que los adherentes a seguros de vida no designen beneficiarios, en cuyo caso las aseguradoras suelen exigir que se acredite la condición de heredero con la correspondiente declaratoria. Sin perjuicio de ello, es dable observar que en este caso la accionada no se limitó deslindar su responsabilidad manifestando que la falta de designación de beneficiario sólo era atribuible al Dr. Reisner, sino que, en la contestación de demanda, explicó que al momento de la renovación de la póliza se le cursaba a todos los médicos una ficha en la cual nombraban sus beneficiarios, y que la gran mayoría los había designado (fs. 76, tercer párrafo). Y ello se ve corroborado con la nota dirigida por la aseguradora a su productor en la ciudad de Tandil, de fecha 24.07.1998, obrante a fs. 63 y reconocida por los testigos que declararon a fs. 201 y 206, en la que se explica que el Dr. Reisner no había designado beneficiario y por ende era necesaria la declaratoria de herederos. Nótese que a esa nota -obrante a fs. 64- se le adjunta un anexo con un listado de algunos de los médicos adherentes al grupo, entre los que se encuentra el Dr. Reisner, y de dicho anexo surge que, de un total de 58 médicos, 35 habían designado beneficiarios del seguro de vida, lo cual otorga verosimilitud a la explicación que proporciona la accionada. Por todo lo expuesto, propicio al acuerdo la confirmación del decisorio en crisis. Así lo voto. La Señora Jueza Doctora Comparato adhirió por los mismos fundamentos al voto precedente.- A LA TERCERA CUESTION: el señor Juez Doctor LOUGE EMILIOZZI dijo: Atento lo acordado al tratar las cuestiones anteriores, propongo al acuerdo: I) Declarar desierto el recurso de apelación deducido por la demandada a fs. 291, apartado I. El tratamiento de la apelación incoada en el apartado II de ese mismo escrito, por la cual se recurren por altos los honorarios regulados por la incidencia de fs. 262, que fuera concedida a fs. 314 en los términos del art. 57 de la ley 8904, se verá reflejado en la parte resolutive de este decisorio. II) Confirmar la sentencia de fs. 265/272, con costas dealzada a la actora que resulta vencida (art. 68 del C.P.C.C.). Así lo voto. La Señora Jueza Doctora Comparato adhirió por los mismos fundamentos al voto precedente.- Con lo que terminó el acuerdo dictándose la siguiente SENTENCIA POR LO EXPUESTO, demás fundamentos del acuerdo y lo prescripto por los arts. 266 y 267 del C.P.C.C., se Resuelve: I) Declarar desierto el recurso de apelación deducido por la demandada a fs. 291, apartado I. II) Confirmar la sentencia de fs. 265/272, con costas de alzada a la actora que resulta vencida (art. 68 del C.P.C.C.). III) En atención a la cuantía del asunto, valor y mérito de los trabajos realizados en autos y de acuerdo a lo normado por los arts. 13, 14, 15, 16, 21 y 47 de la Ley 8904, corresponde confirmar los honorarios regulados a fs. 272vta. por la incidencia resuelta a fs. 262 al Dr. DANIEL M. MAZZOCCHINI, en la suma de PESOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS (\$ 14.400.-), al Dr. FERNANDO DIEGO NAVARRO, en la suma de PESOS DIEZ MIL OCHENTA (\$ 10.080.-). Regular los honorarios de alzada de acuerdo a lo normado por el art. 31 de la Ley 14.967, al Dr. DANIEL M. MAZZOCCHINI, en la suma de PESOS VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS (\$ 25.200.-) equivalente a 25,2 jus (art. 31 in fine

Ley N° 14.967); todos más la adición de Ley (Arts. 12 y 14 Leyes 8455 y 10268 e I.V.A. en caso de profesionales inscriptos). En cuanto a las notificaciones del caso deberán ser efectuadas en Primera Instancia, en su caso con la transcripción prevista por el art. 54 de las Leyes 8.904 y 14.967. Notifíquese y devuélvase. 035927E