

Seguro De Incapacidad Modificaciones De La Poliza Deber De Informacion Rechazo De La Exclusion De Cobertura

JURISPRUDENCIA

Seguro de incapacidad. Modificaciones de la póliza. Deber de información. Rechazo de la exclusión de cobertura

Se revoca el rechazo de la demanda que procura obtener el cobro del seguro por incapacidad total, debiendo acogerse parcialmente, pues surge probado que el actor beneficiario no fue debidamente notificado de las modificaciones efectuadas a la póliza, sobre las cuales la aseguradora fundó el rechazo del siniestro. En Buenos Aires, a 26 días del mes de febrero de dos mil diecinueve, reunidos los Señores Jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos para conocer los autos ?Gómez Carlos Alberto c/ Caja de Seguros S.A. s/ordinario? (Expediente n° 29762/2011/CA1), en los que, al practicarse la desinsaculación que ordena el artículo 268 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, resultó que la votación debía tener lugar en el siguiente orden: Doctores Julia Villanueva (9) y Eduardo R. Machin (7). Firman los doctores Julia Villanueva y Eduardo R. Machin por encontrarse vacante la vocalía 8 (conf. art. 109 RJN). Estudiados los autos, la Cámara plantea la siguiente cuestión a resolver. ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada de fs. 733/38? La Sra. Juez de Cámara Julia Villanueva dice: I.La sentencia apelada . La sentencia obrante a fs. 733/8 rechazó la demanda promovida por Carlos Alberto Gómez contra Caja de Seguros S.A. a efectos de obtener el cobro del seguro por incapacidad total individualizado en el escrito individual. Para así decidir, el señor juez de primera instancia tuvo por cierto que la aseguradora había rechazado el siniestro en debido tiempo, conclusión a la que arribó tras ponderar que el actor no había probado la autenticidad de los sellos y la grafía que obraban en la pieza agregada a fs. 8. Tras ello, explicó las razones por las cuales eran oponibles al demandante las modificaciones acordadas entre el tomador del seguro (ex empleador de aquél) y la demandada, en cuanto habían incorporado la necesidad de que los agentes amparados hubieran cesado en su desempeño laboral como condición para el reclamo del seguro. Esto condujo al sentenciante a concluir que la aseguradora no debía hacerse cargo de la indemnización reclamada, pues el mismo beneficiario había aceptado, al formular la denuncia, que en ese tiempo todavía revestía el carácter de agente activo. II.El recurso . 1. La sentencia fue apelada por el demandante, quien expresó agravios a fs. 746/57, los que fueron contestados por su adversaria a fs.763/9. El apelante se agravia, en primer lugar, del hecho de que en la sentencia se haya admitido la validez del proceso de notificación a su parte de las reformas producidas en la póliza. De seguido, se refiere al peritaje contable en el que se basó el magistrado, expresando los argumentos por los cuales, según su ver, ese peritaje no pudo servir de prueba en su contra. Finalmente, se expresa largamente acerca de los fundamentos de su derecho y de los rubros que deben serle reconocidos en los términos que reclama. III. La solución. 1. Como surge de la reseña que antecede, se reclamó en autos el cumplimiento del contrato de seguro de vida individualizado en la demanda. El actor rebate los fundamentos que llevaron al sentenciante a concluir que el reclamo era improcedente. En lo que ahora interesa, expresa que el procedimiento arbitrado para notificar a su parte las modificaciones introducidas en la póliza es nulo, por lo que tales modificaciones no pudieron servir de base para el rechazo del planteo. 2. A mi juicio, le asiste razón. Así lo juzgo por cuanto, como surge del desarrollo argumental expuesto en la defensa, la aseguradora implícitamente admitió que su adversario debía ser notificado de la modificación de marras. Así se infiere del hecho de que, según ella adujo, esas modificaciones no sólo habían sido anoticiadas mediante el Boletín Informativo allí mencionado, sino también mediante la suscripción personal por el asegurado de una minuta en la que se le habían informado las aludidas modificaciones. No obstante, esa minuta supuestamente suscripta por el actor no fue acompañada, por lo cual, aun cuando comparto las consideraciones jurídicas vertidas en la sentencia acerca de las facultades del tomador de convenir directamente con la aseguradora cambios en la pólizas sin contar con la intervención de los beneficiarios, lo cierto es que, en el marco de esta causa, eso no fue lo alegado. Lo que aquí se alegó, en cambio, fue que el siniestro había sido bien rechazado porque el actor se encontraba notificado de los cambios producidos en la póliza que habían sido invocados en sustento de tal rechazo. Como dije, eso no se probó, lo cual, reitero, se infiere de que la aseguradora alegó contar con un documento escrito que no acompañó y ofreció prueba informativa dirigida a la tomadora que finalmente abandonó. Tengo por cierto, en consecuencia, que las partes entendieron que, sin esa notificación de aquellos cambios, éstos eran inoponibles al actor, por lo cual el rechazo de la aseguradora fundado en tales cambios no fue útil para cristalizar la posición jurídica que en este pleito defendió. Contrariamente a lo que la nombrada sostuvo en este juicio, ella no colocó al demandante en situación de conocer sus derechos, siendo del caso señalar que el deber de información de la aseguradora frente al consumidor (art. 4 LDC) no desaparece en los seguros de esta especie. Admitido que el Sr. Gómez no tuvo acceso a los datos relevantes acerca del contenido del contrato, esa omisión de la aseguradora no puede quedar purgada por el hecho de que ella sí haya entregado a la empleadora del nombrado la póliza en cuestión. En cualquier caso,

sea por vía de información directa a los asegurados -que son quienes pagan las primas respectivas-, o por implícita encomienda a la tomadora del seguro, es claro que esa información debe llegar a conocimiento de los potenciales afectados, que mal podrían hallarse en condiciones de reclamar si ignoran el contenido de la acción que tienen, lo cual me convence de la pertinencia de la solución que he de proponer a mi distinguido colega.

3. Descartado que el argumento invocado por la aseguradora haya sido útil para liberarla de responsabilidad, corresponde determinar si cabe reconocer al actor el derecho a la cobertura que pretendió. Y a mi juicio, la respuesta debe ser afirmativa. Así lo juzgo pues, según mi ver, esa cobertura debe tenerse por aceptada en los términos de los arts. 49 y 56 LS. Esta Sala tiene dicho, en tal sentido, que la manifestación que la ley requiere del asegurador en los términos de la mencionada norma "...debe ser clara y explícita..., esto es, debe informar con toda precisión la causa por la que se pronuncia en contra del reconocimiento del derecho del asegurado...". (Conf. Rubén S. Stiglitz, Derecho de Seguros, Abeledo Perrot, Tomo II, p. 174 y sus citas; esta Sala, "Servicios en Informática c/ Aseguradora de Caucciones?", 21.12.98; CNCom., Sala E, "González F. c/ Sud Atlántica Cía. De Seguros?", 31.10.84; íd.Sala B, "Sánchez, Gustavo Daro c/ Alba Cía. Argentina de Seguros SA s/ Ordinario, 12.8.03; íd., Sala D, "González, José María c/ Paraná S.A. de Seguros s/ Ordinario?", 18.12.08; CNFed. Civ. Y Com., Sala III, "La Buenos Aires Cía. De Seguros c/ Instituto Nac. De Reaseguros?", 29.6.94). De lo contrario, esto es, si el pronunciamiento de la aseguradora no es explícito respecto de las razones del rechazo del siniestro, su actitud debe ser asimilada a la omisión de pronunciarse referida en el art. 56 Ley de Seguros (conf. Rubén S. Stiglitz, op. cit.; esta Sala, "Storino Amadeo y otro c/ Caja de Seguros S.A. s/ Ordinario?", 7.4.15). A la misma conclusión corresponde arribar, claro está, cuando, como en el caso, la aseguradora invoca una razón que es manifiestamente improcedente para habilitar su liberación. Lo hasta aquí expuesto autoriza la conclusión adelantada: anoticiada la demandada de que el señor Gómez alegaba padecer una incapacidad total y permanente, no resultó suficiente alegar como defensa que aquél todavía se encontraba cumpliendo tareas. Su omisión de invocar otras causas de liberación en tal ocasión -por ejemplo, rechazando la incapacidad total o invocando un riesgo no asegurado- importó, por ende, aceptar su responsabilidad frente al actor, caducando así su derecho a oponer otras defensas en este juicio (esta Sala, en el citado fallo "Storino?"; Sala A, 28.12.06, "Serrano Erminda M c. Alico Compañía de Seguros S.A. s. ordinario?"; íd., 12.03.08, "Amarilla Severiano c. Liderar Compañía General de Seguros S.A. s. ordinario?"; esta Sala, "Londrina S.A. c. Ruta Coop. Arg. de Seg. Ltda.", del 13.6.89, entre muchos otros). No soslayo que en la aludida misiva la demandada negó que se hubiera producido la incapacidad en cuestión, pero ese proceder se halló desprovisto de toda fundamentación, toda vez que, contrariamente a lo que hubiera debido hacer la obligada, ella no convocó al nombrado para su revisión médica sino que rechazó la causal a ciegas, lo cual demuestra que para ella fue determinante que el asegurado no hubiera cesado en las labores que desempeñaba. No hubo, por ende, pronunciamiento in tempore de rechazo de la cobertura por otras causales, lo cual fuerza a concluir, como se dijo, que no se configuró aquí el requisito de admisibilidad de las demás defensas que la aseguradora ha opuesto en este expediente en contra del reclamo de su asegurado (conf. C.N.Com., Sala "A?", "Carrizo, Angela del Valle c. Inca S.A." del 29.2.96; íd., esta Sala, "Raichensztein Jorge c. Amparo Cía. de Seg. S.A." del 24.6.85; íd., "Guardado, Horacio José c. Interamericana S.A. de Seguros Generales" del 10.10.95).

4. Pero aun si esta interpretación no fuera compartida, lo cierto es que no comparto los argumentos que llevaron al señor juez a rechazar la posición del actor vinculada con la falta de tempestividad del rechazo. Así concluyo en función de lo que resulta de la solicitud de cobertura acompañada a fs. 8 por el pretensor, que luce efectuada el día 17 de febrero del 2010 (ver sello de recepción en la parte inferior del formulario). A mi juicio, la autenticidad de esos datos de recepción deben tenerse por acreditados. Nótese que la demandada admitió haber recibido por correo interno una solicitud cursada por el actor. Esa solicitud no puede ser otra que la que adjuntó el actor, dado que el sello estampado en ella coincide con el que se imprimió en la segunda solicitud presentada por el nombrado, que tampoco la aseguradora contestó y que debe tenerse por auténtica a la luz del peritaje contable producido en autos, en el que el experto informó que el receptor de esa solicitud era empleado de la demandada en esa fecha (ver 543 vta.). A ello se agrega un dato que, si no se admitiera la versión de los hechos proporcionada por el actor, quedaría sin explicación. Me refiero al hecho de que la fecha invocada por éste como fecha de su presentación original fue el 17 de febrero de 2010. Paradójicamente, esa es la misma fecha que aparece estampada en la parte superior de la solicitud que alegó haber recibido la demandada. La aseguradora pretendió que el sello estampado en tal solicitud en su tramo inferior -que lleva como fecha el 22 del mencionado mes de febrero-, indicaba la fecha de la aludida recepción por ella, sin hacerse cargo de que esa aseveración no podía admitirse si no era acompañada -como no lo fue- de una explicación adicional acerca de por qué el mismo documento llevaba en su parte superior la fecha indicada por el actor.

5. Por lo expuesto, y si mi parecer fuera compartido, la sentencia deberá ser revocada y reconocer en concepto de indemnización al señor Gómez la suma de pesos \$70.253,33 informada en el peritaje contable producido a fs. 545, punto 7. En cuanto a la actualización solicitada estimo que debe hacerse lugar al planteo debido a que, tras la sanción del art. 32 de la Ley 27.440, esa actualización ha sido admitida por el legislador en los términos que allí surgen. Esa suma será actualizada, por ende, por aplicación de lo dispuesto en la mencionada disposición, que, modificando lo

dispuesto en el art. 7 de la Ley 23.928, reconoce la posibilidad de que los seguros de esta índole se actualicen mediante la aplicación del coeficiente de estabilización de referencia en los términos allí previstos. Sobre esa suma el actor tendrá derecho a cobrar intereses puros que se calcularan al 8% anual, todo lo cual ocurrirá desde la fecha de la mora -que estimo producida el 04.03.2010 (art. 49 de la ley 17.4189)- y hasta el efectivo pago. 6. También encuentro procedente reconocer al demandante la indemnización por el daño moral que reclamó; indemnización que propongo fijar, tal como él lo pidió, en el 30% de la suma total que le corresponda percibir por la indemnización recién tratada, toda vez que, en el caso, esa suma no excede lo razonable. A mi juicio, la configuración de tal daño puede aquí presumirse debido a que las razones asistenciales que explican la celebración de este tipo de seguro son suficientes para indicar que su incumplimiento por el asegurador excede el daño que se deriva del incumplimiento de otros tipos de contratos. Advértase que, de lo que se trata, es de no cumplir con la entrega de la indemnización prevista para superar -o, al menos, atemperar- la grave situación en la que se encuentra quien, por hallarse totalmente incapacitado para continuar con su actividad se encuentra, por ello también, en grado extremo de indefensión y vulnerabilidad. En tales condiciones, forzoso es concluir que el incumplimiento que me ocupa debe presumirse apto para haber producido en el demandante un padecimiento espiritual merecedor de esa reparación. 7. En cambio, el daño punitivo no puede prosperar en este caso. No soslayo que el texto del art. 52 bis de la ley 24.240 podría dar lugar a interpretar que el solo incumplimiento de una obligación por el proveedor habilita la imposición de este tipo especial de sanción. Sin embargo, y sin perjuicio de que esto puede ocurrir en ciertas hipótesis, esa interpretación literal debe, en otros casos, ser conciliada con una interpretación integradora del sistema normativo de los consumidores en particular y de la responsabilidad civil en general, temperamento que ha conducido a la Sala a descartar la viabilidad de esa interpretación única (esta Sala, ?Iannuse, Diego Javier c/ Garbarino S.A.I.C.E.I. s/ Ordinario?, 10/10/13). Sabido es, en tal sentido, que, más allá de su denominación, el concepto no conlleva ninguna indemnización de daños, sino la imposición de una sanción, cuya procedencia debe ser interpretada con el criterio restrictivo inherente a la aplicación de toda pena. Sobre esta cuestión, ha sido dicho que los daños punitivos son sumas de dinero que los tribunales mandan a pagar a la víctima de ciertos ilícitos, que se suman a las indemnizaciones por daños realmente experimentados por el damnificado, que están destinados a punir graves inconductas del demandado y a prevenir hechos similares en el futuro (Lorenzetti, Ricardo, ?Consumidores?, p. 557). No basta, entonces, con que el proveedor haya incumplido con las obligaciones a su cargo -como ocurrió en el caso-, sino que es necesario también probar la concurrencia de una grave inconducta suya, cuya fisonomía requiere la verificación de dos extremos: un elemento subjetivo dado por el dolo o la culpa grave y un elemento objetivo, representado por el enriquecimiento indebido del dañador. (cfr. Stiglitz, Rubén S., Pizarro, Ramón D., "Reformas a la ley de defensa del consumidor", LL, 2009-B, 949; Nallar, F. "Imprudencia de los daños punitivos en un fallo que los declara procedentes", LL 2009-D, 96, entre otros.). Por lo demás, la norma en cuestión concede al juez una potestad que el magistrado podrá o no utilizar según entienda que la conducta antijurídica previamente demostrada exhibe dolo del proveedor, enriquecimiento indebido o aprovechamiento de la situación de desventaja de consumidor, nada de lo cual ha sido comprobado en este caso. IV. La conclusión. Por todo lo expuesto, propongo al Acuerdo revocar la sentencia apelada y, en consecuencia, hacer parcialmente lugar a la demanda entablada por el señor Gómez Carlos Alberto en contra de la Caja de Seguros S.A., condenando a ésta a pagar al primero dentro de los diez días la suma que resulte de aplicar las pautas que anteceden. Costas de ambas instancias a la demandada por haber resultado vencida (art. 68 del código procesal). Por análogas razones, el Señor Juez de Cámara, doctor Eduardo R. Machin, adhiere al voto anterior. Con lo que termina este Acuerdo, que firman los Señores Jueces de Cámara doctores EDUARDO R. MACHIN JULIA VILLANUEVA RAFAEL F. BRUNO SECRETARIO DE CÁMARA Buenos Aires, 26 de febrero de 2019. Y VISTOS: Por los fundamentos del acuerdo que antecede se resuelve: revocar la sentencia apelada y, en consecuencia, hacer parcialmente lugar a la demanda entablada por el señor Gómez Carlos Alberto en contra de la Caja de Seguros S.A., condenando a ésta a pagar al primero dentro de los diez días la suma que resulte de aplicar las pautas que anteceden. Costas de ambas instancias a la demandada por haber resultado vencida (art. 68 del código procesal). Notifíquese por Secretaría. Oportunamente, cúmplase con la comunicación ordenada por el art.4° de la Acordada de la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación 15/13, del 21.5.2013. Hecho, devuélvase al Juzgado de primera instancia. Firman los suscriptos por encontrarse vacante la vocalía n° 8 (conf. art. 109 RJN). EDUARDO R. MACHIN JULIA VILLANUEVA RAFAEL F. BRUNO SECRETARIO DE CÁMARA En la misma fecha se registró la presente en el protocolo de sentencias del sistema informático Lex 100. Conste. RAFAEL F. BRUNO SECRETARIO DE CÁMARA 037259E