

Seguro De Vida E Incapacidad Requerimiento De Informacion Complementaria Aceptacion Tacita Del Siniestro

JURISPRUDENCIA

Seguro de vida e incapacidad. Requerimiento de información complementaria. Aceptación tácita del siniestro

Se confirma el fallo que hizo lugar a la demanda de cobro de la suma tarifada en un seguro colectivo de vida y resarcimiento del daño moral, ya que la información que solicitó del asegurado (cuya ausencia de provisión por este fue lo que, según afirmó la aseguradora, obstó a que ella se pronunciara) la tenía en su poder.

En Buenos Aires, a los 4 días del mes julio de dos mil diecinueve, se reúnen los Señores Jueces de la Sala D de la Excelentísima Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial de la Capital Federal, con el autorizante, para dictar sentencia en la causa ?CABAÑA, JUAN JULIO c/ SMG LIFE SEGUROS DE VIDA S.A. s/ ORDINARIO?, registro n° 29770/2014, procedente del Juzgado n° 5 (Secretaría n° 10), en la cual como consecuencia del sorteo practicado de acuerdo con lo previsto por el art. 268 del Código Procesal, resultó que debían votar en el siguiente orden, Doctores: Garibotto, Heredia y Vassallo.

Estudiados los autos la Cámara planteó la siguiente cuestión a resolver: ¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada de fs. 350/369?

A la cuestión propuesta, el señor Juez de Cámara, doctor Juan R. Garibotto dijo:

I. La sentencia de primera instancia. El primer sentenciante hizo lugar a la demanda de cobro de la suma tarifada en un seguro colectivo de vida y resarcimiento del daño moral, que el actor Juan Julio Cabaña dedujo contra SMG Life Seguros de Vida S.A.; impuso las costas a la demandada, y reguló los honorarios de los profesionales que actuaron en el expediente.

Para juzgar de ese modo, luego de analizado el contenido de las misivas que intercambiaron las partes y la restante prueba producida, el señor juez consideró (i) que el asegurado denunció el siniestro y que la compañía de seguros no le solicitó mayores elementos que los acompañados en aquella oportunidad; (ii) que corrió más de un mes computado desde la susodicha denuncia sin que SMG Life Seguros de Vida S.A. se pronunciara, y por ello que el siniestro resultó tácitamente aceptado; (iii) que la relación entre las partes quedó enmarcada dentro del ámbito del consumo; y (iv) que la pericia médica graduó la incapacidad del actor en el 71% de la total obrera.

Basado en todo ello, sin perjuicio del capital cuyo cobro se demandó (de \$ 456.000, equivalente a 24 remuneraciones), dado que en la misma pieza de inicio la cuantificación de la pretensión se difirió a lo que resultare de la pericia contable, examinada ésta el magistrado fijó en \$ 583.103,52 el monto del capital correspondiente al actor, al que mandó agregar intereses a la tasa activa que utiliza el Banco de la Nación Argentina en sus operaciones de descuento de documentos a 30 días, a computarse a partir del día 24 de mayo de 2014 (aclaratoria de fs. 371).

Y con igual sustento probatorio estableció en \$ 30.000 la suma correspondiente al daño moral, cuya procedencia estimó.

II. El recurso.

i. La sentencia fue recurrida por SMG Life Seguros de Vida S.A. (fs. 375) que expresó los agravios de fs. 389/395, que fueron respondidos por el actor en la pieza de fs. 397/400.

Son cinco las quejas que la aseguradora expresó.

(i) Se agravió de que se hubiere juzgado tácitamente aceptado el siniestro. Sostuvo que el siniestro fue denunciado por medio de una carta documento que dijo haber recibido el 16.12.13; que en la fecha que consideró la sentencia -1.4.14- el actor parcialmente proveyó la información complementaria que se le había requerido el 26 de diciembre y por ello, que el plazo para pronunciarse había quedado interrumpido a partir de ese momento, y aludió al contenido de las epístolas que intercambió con el asegurado.

Abundó sobre todo esto, y, además, en el mismo agravio, cuestionó la aplicabilidad del art. 56 de la ley 17.418 a los seguros de vida.

(ii) Se quejó de que no se aplicara la sanción prevista por el art. 48 de la ley de la materia, demostrado como quedó -con mención del contenido de la carta cursada por el demandante el 8.5.14- que éste no cumplió íntegramente la carga impuesta por el art. 46.

(iii) Agravióse por haber sido condenada a pagar la cobertura por invalidez total, cuando el asegurado no acreditó que tal invalidación hubiere ocurrido durante la vigencia del contrato que culminó en septiembre de 2013.

Señaló que el actor no se jubiló por invalidez sino por causa de su edad recién en 2015, y agregó que no se produjo prueba que demuestre que hubiere pedido licencias a su empleador durante los últimos años de la relación laboral, ni de que la desvinculación se hubiese producido por causa de su supuesta invalidez.

Hizo mención de la pericia médica obrante en el expediente, de la que surge la ausencia de antecedentes patológicos portados por el asegurado anteriores al peritaje, y adujo que la incapacidad detectada fue solo parcial.

(iv) Con abundancia argumental criticó la sentencia que le condenó a pagar un resarcimiento por daño moral.

(v) Se quejó, en fin, de la forma en que fueron impuestas las costas: sostuvo que aún en caso de no estimarse el recurso, las particulares circunstancias del caso ameritan que los gastos derivados del juicio sean distribuidos por su orden.

ii. Fueron también recurridos los honorarios, según da cuenta de ello la nota de elevación del expediente, de fs. 386.

III. La solución.

El contenido con que fueron concebidos los dos primeros agravios que la aseguradora expresó, aconseja su unitario tratamiento.

Así, pues, procederé.

i. Sustentado en la versión que sobre lo ocurrido brindó SMG Life Seguros de Vida S.A. tanto al responder la demanda cuanto al alegar de bien

probado, a mi juicio, lo anticipo, aún en el caso de que correspondiera juzgar que el siniestro fue denunciado en diciembre de 2013 por medio de la epístola que se incorporó en fs. 309 (tal es el argumento central sobre el que fincó la primera parte de la inicial queja), aún así no habría de variar la solución a la que se arribó en la sentencia. En efecto. (i) Cuando contestó la demanda, la aseguradora explicó que denunciado el siniestro solicitó del actor información complementaria, y dijo que el señor Cabaña sólo acompañó parte de lo requerido ya que nunca presentó el dictamen de Junta Médica ni los recibos de sueldo. Respecto del dictamen de la Junta Médica el actor manifiesta no tenerlo pero nada dice respecto de los recibos que, evidentemente, sí tiene en su poder y sin embargo nunca presentó? (fs. 65, 4° párrafo). A este mismo asunto se refirió cuando alegó de bien probado: afirmó en esa oportunidad la defensa que ?En concreto (el asegurado) no ha probado haber presentado los recibos de sueldo que se le solicitaron y tampoco ha explicado ni acreditado razón alguna que le haya impedido cumplir con la presentación de los mismos...? (fs. 344, 4° párrafo). Con base en lo transcripto, dado que el actor nunca fue citado a junta médica alguna, podemos concluir que para la aseguradora lo que obstó a que ella se pronunciara acerca de la admisión o el rechazo del siniestro quedó circunscripto a la presentación, por el demandante, de los mencionados recibos de sueldo. (ii) Es sabido que la demostración de que el evento acaecido se halla encuadrado en el riesgo cubierto en el contrato corresponde al asegurado. Esta es la norma general; mas también la ley otorga al asegurador una amplia facultad informativa y de investigación, de manera que a la carga de informar que reposa en cabeza del asegurado se contraponen la consecuente facultad de la aseguradora, no sólo de controlar la información, sino de realizar las indagaciones necesarias para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo (art. 46 de la ley 17.418). Dicho de otro modo, no es la aseguradora un sujeto que, en pasiva actitud, recibe información, sino que es un activo agente que la recaba, que realiza indagaciones, que investiga y verifica (esta Sala, ?Clich, Horacio Ariel c/ Caja de Seguros S.A.?, 1.12.16; íd., ?Giménez Chávez, Ignacia Daría c/ Galicia Seguros S.A.?, 7.8.18). (iii) Esto digo, porque cuando contestó la demanda, SMG Life Seguros de Vida S.A. también explicó que ?El contratante (debió decir el tomador, en el caso Lanxess S.A.; v. fs. 141) era quien informaba mes a mes las remuneraciones y los capitales asegurados del actor...? (fs. 65, párrafo 1°). Ergo, con facilidad se advierte que la información que solicitó del asegurado (cuya ausencia de provisión por éste fue lo que, según afirmó la aseguradora, obstó a que ella se pronunciara) la tenía en su poder. Se desmorona, de tal modo, el argumento central sobre el que fincó la apelación. Y si lo dicho no alcanzara, visto de otro modo tampoco progresaría el recurso. Ocurre que el incumplimiento relativo al aporte de la información complementaria producirá consecuencias sólo cuando su resistencia a dotarla o, genéricamente, la mera inejecución de las cargas previstas en el art. 46, párrafo 2° de la Ley de Seguros fueren maliciosas (art. 48, ley cit.), como también lo es que recae sobre el asegurador el onus de demostrar que el incumplimiento de esa carga por parte del asegurado ha sido malicioso y, por lo tanto, que la conducta culpable no genera la sanción de pérdida del derecho (cfr. Stiglitz, en ?Derecho de Seguros?, tº. II, pág. 111, n° 626, Fontanarrosa, en ?El régimen de las caducidades establecidas en el art. 36 de la Ley de Seguros n° 17.418?, publ. en ?Revista de Seguros?, año 1971, n° 1, pág. 31; Halperín-Barbato, en ?Seguros?, Buenos Aires, 2003, g. 408, n° 3; Rouillón, en ?Código de Comercio, comentado y anotado?, Buenos Aires, 2005, tº. II, pág. 78). Más allá de que tal cosa aseveró del demandante (en las primeras oraciones que contiene la foja 65 vta.), nada sobre la acusada conducta maliciosa demostró, o intentó probar, SMG Life Seguros de Vida S.A. ii. Por otra parte, lleva dicho este Tribunal que la regla contenida en el art. 56 de la ley 17.418 es aplicable a los seguros de vida e incapacidad (v. entre otros: ?Manzur, Alberto c/ Compañía Argentina de Seguros La Estrella S.A., 24.10.95; ?Cristóbal, Ricardo c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 22.2.08; ?Debello, Carlos c/ Caja de Seguros S.A.?, 30.10.08; ?Rodríguez, Oscar c/ Caja de Seguros S.A.?, 18.9.09; ?Bentiboglio, Jorge Aníbal y otro c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 13.4.12; y ?Labella, Francisco c/ Caja de Seguros S.A.?, 28.5.19). La razón de ello es que la aludida norma se encuentra dentro del Capítulo I de la ley de la materia referido a las ?Disposiciones generales?, mientras que el ?Seguro de Vida? se halla regulado en el Capítulo III sobre ?Seguro de personas?. Así, aquellas normas generales del Capítulo I son aplicables a los restantes seguros específicos con las adaptaciones lógicas que resultan de cada uno (vgr. arts. 133, 136, 137), pero en modo alguno esas adecuaciones inciden en el tiempo que tiene el asegurador para pronunciarse (cfr. Alfano, en ?El contrato de seguro de personas?, Buenos Aires, 2004, pág. 73; Stiglitz, op. cit., tº. II, págs. 279 y sig.; Rouillón, op. cit., tº. II, pág. 88 y sig.). En esa misma dirección se pronunció la Corte Suprema Federal, en la causa ?Collado de Veiras, Julia c/ El Porvenir Cooperativa de Seguros?, 19.4.88 (LL 1989-D-155) y en autos ?Isidro Bargas c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguros?, 17.3.98 (Fallos 321:328) y, entre otros, la CNCom Sala A, en autos ?Poggi, Lidia c/ Siglo XXI Compañía Argentina de Seguros S.A.?, 8.5.97; íd., ?Cespi, Alberto c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 26.10.06; íd., ?Sánchez, José Rodolfo c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 8.10.09; la Sala B, en el expediente ?Sánchez, Angélica c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 28.8.08; íd., ?Cuervo Alonso, Hernán c/ Federación Patronal Seguros S.A.?, 29.9.08; la Sala C, in re: ?Sucesión Claro Amaro Stafuza c/ Sur Seguros de Vida S.A.?, 8.7.97; íd., ?González, Jorge Omar c/ La Mercantil Andina Compañía de Seguros S.A.?, 10.10.06; íd., ?Bier Ondina, Amanda c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 14.3.08; íd., ?Cabral, Oscar Alberto c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 5.3.10; íd., ?Amaya, Jorge Aníbal c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 4.12.12; íd., ?Bordisso,

Alejandro Marcelo c/ Caja de Seguros S.A.?, 4.12.12; la Sala E, en los autos ?Bizarro, Milton L. c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 20.2.06 (JA 2006-II-732); íd., ?Pérez, Alfonso Bonifacio c/ SMG Seguros de Vida S.A.?, 22.5.14; y también la CNFed Civ y Com Sala III, en la causa ?G., R. S. c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguros?, 18.10.01 (DJ 2002-1-308; LL 2002-A-927); y en el expediente ?Valdez, Jorge R. c/ Caja Nacional de Ahorro y Seguro?, 18.12.01 (LL 2002-D-957). Basta, a mi juicio, lo dicho, para rechazar los dos primeros agravios que la defensa expresó. iii. Ahora bien, en línea con lo juzgado en la sentencia recurrida y también con lo que sostiene reconocida doctrina, ?la aceptación tácita no presupone el reconocimiento de la prestación reclamada, pues la misma se halla condicionada a la prueba del daño. Esto significa que se trata de temas distintos: el silencio del asegurador importa la aceptación de la existencia del siniestro y de las circunstancias en que éste se verificó. Pero la existencia del daño y su extensión, siempre debe ser acreditada por quien lo sufrió? (cfr. Stiglitz, op. cit., pág. 311; mismo autor, en ?Notas sobre cuestiones relativas al contrato de seguro?, publ. en LL 2011-E-1206). Pues bien. No sólo SMG Life Seguros de Vida S.A. aceptó tácitamente el siniestro según arriba dije, sino que, además, el asegurado demostró ser portador de una incapacidad equivalente al 71% de la total obrera: tal cosa surge con elocuencia de la pericia médica que corre en fs. 258/268, y de las respuestas que el médico legista brindó a las sucesivas impugnaciones y pedidos de aclaraciones de que fue objeto su dictamen (cfr. fs. 270, 289, 294/295; 302 y 308). (i) La pericia médica traduce a los jueces -legos en esa materia- en lenguaje inteligible, las vinculaciones de causa-efecto que puedan suceder entre acontecimientos probados. Su valoración corresponde a los magistrados según lo dispone el art. 477 del Código Procesal, que consagra su soberanía en la apreciación del dictamen pericial. Así, aunque la pericia no tiene carácter vinculante para el juez, el apartamiento de sus conclusiones debe encontrar apoyo en razones serias, en fundamentos objetivamente demostrativos de que se halla reñida con principios lógicos o máximas de experiencia: resulta preciso invocar razones fundadas las que, a su vez han de reposar sobre elementos de juicio cuanto menos de igual jerarquía que los invocados por el experto, que permitan desvirtuar el informe (esta Sala, ?Somnitz, Evelyn c/ Obra Social del Personal de Entidades Deporivas y Civiles?, 24.11.16; íd., ?Caputo, Lucio Alberto c/ Assist Card Argentina S.A. de Servicios?, 31.8.17; cfr. Fassi, en ?Código Procesal Civil y Comercial?, Buenos Aires, 1980, tº. II, pág. 359, nro. 2600; también Fenochietto-Arazi, en ?Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, comentado...?, Buenos Aires, 1983, tº II, pág. 523, nros. 2 y 3). (ii) Esto no fue hecho en el curso de la litis. El ataque dirigido contra el dictamen médico se basó en el contenido de las sucesivas impugnaciones que la defensa formuló, y en que ?el perito destacó reiteradamente que no hay antecedentes previos del actor en los cuales se objetive patología alguna previa al acto de pericia (abril de 2016)? (expresión de agravios, fs. 392 vta., 3º párrafo). Parece haber olvidado la recurrente que el siniestro, como tal, quedó tácitamente aceptado: lo único que cupo discutir es lo que concierne a la extensión del daño (de la incapacidad), y acerca de esto el peritaje médico es elocuente y así fue juzgado en la instancia anterior. La jurisprudencia tiene establecido que la incapacidad absoluta a que se refiere la ley 20.744: 212 es aquella que no permite al empleado realizar las tareas que antes cumplía ni otras adecuadas a su situación deficitaria, siendo indiferente la existencia de una reducida capacidad residual que si bien puede ser considerada útil desde el punto de vista médico para algún tipo de labor terapia o rehabilitación, no puede computarse como posibilidad seria de ejercer un trabajo (esta Sala, ?Patiño Bonifacio Ramón c/ Caja de Seguros S.A.? 11.10.06; íd., ?Fantoni Raúl c/ Caja de Seguros S.A.?, 14.10.08). Ese cuerpo normativo (en el art. 229) no establece pautas numéricas para determinar lo que debe entenderse por incapacidad absoluta, pero para alcanzar ese grado no se requiere paralización total de las funciones motoras; la existencia de una capacidad residual puede valorarse útil desde el punto de vista médico, pero no puede computarse como posibilidad de ejercer un trabajo productivo en condiciones de competencia. Y es por ello que la jurisprudencia ha mantenido cierta uniformidad en cuanto a la tasa de incapacitación que corresponde valorar como total. La Corte Suprema Federal ha ponderado como tal una minusvalía no inferior al 66%, y en algunos casos del 70%, para que la invalidez se considere total (Fallos: 280:75; 305:101; 306:206). Los precedentes de esta Sala y de las restantes de este fuero de comercio han decidido en esa línea, valorando una incapacitación del 59%, del 66% y del 70% (esta Sala, ?Androssi, Ricardo c/ Sudamérica Cía. de Seguros S.A.?, 20.2.84; íd., ?Saunders, Roberto José c/ Caja de Seguros S.A.?, 3.9.09; íd., Vallejos, Viviana Dolores c/ La Caja Seguros de Vida S.A.?, 28.5.10; Sala A, ?Rolón, Juan c/ La Buenos Aires Cía. Argentina de Seguros S.A.?, 28.6.83; íd., ?Buzzo, Luis c/ La Buenos Aires Cía. Argentina de Seguros S.A.?, 12.11.99; íd., Rodríguez, Víctor c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 6.4.10; Sala B, ?Guas, Luis c/ Provincia de Buenos Aires?, 17.8.06; Sala C, ?Torres, Santiago c/ Caja de Seguros S.A.?, 6.7.10; íd., ?Alderete Luis Miguel c/ Caja de Seguros S.A.?, 15.3.11; íd., ?Martínez Bernardo Francisco c/ Caja de Seguros S.A.?, 23.4.10, íd., ?Gutiérrez, Juan c/ La Meridional Cía. de Seguros S.A.?, 31.12.97; íd., ?Borrego, Pablo c/ Gómez, Ángel?, 21.9.98; íd., ?Narbais Robalo, Roberto c/ Caja de Seguros de Vida S.A.?, 3.8.04; Sala E, ?Sarmiento, Noel c/ La Meridional Cía. de Seguros S.A.?, 16.8.85; Sala F, ?Graceda, Federico Gustavo c/ Caruso Compañía Argentina de Seguros S.A.?, 17.2.11). La Sala 1º de la Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo ha fijado como límite mínimo aquél del 66% (en autos ?Quipildor, Antonio c/ Consorcio de Propietarios de avda. Córdoba 832?, el 17.9.93); y otro tanto juzgó la Sala III de la Cámara Federal de Apelaciones de

la Seguridad Social (esto en las causas ?Luján, Rafael c/ ANSES?, el 22.11.96; y ?Solonyski, Horacio c/ ANSES?, el 12.7.99), bien que en otros casos fue considerado un porcentaje inhabilitante del 71% (en autos ?Yacuzzi, José c/ ANSES?, el 20.6.96), y del 80% (en el expediente ?Lango, Enrique c/ ANSES?, el 18.7.97). Puede verse, así, que de la totalidad de los precedentes a que he aludido, el porcentaje mínimo para considerar que la incapacitación es total es del 57%, aunque existe cierta uniformidad en cuanto a que esa tasa, para concluir de ese modo, debe partir del 66% de la total obrera. Es, por otra parte, este último el porcentaje previsto por el art. 48, inciso a, de la ley 24.241 al regular el retiro por invalidez. (iii) Se probó que el vínculo laboral anudado entre el señor Cabaña y Lanxess S.A. cesó el 9 de septiembre de 2013, cuando ésta decidió despedirlo ?sin justa causa? (sic, fs. 141); también se demostró que tres meses después aquél cursó a SMG Life Seguros de Vida S.A. la epístola de fs. 309 en la que denunció la existencia de las dolencias que allí describió y pidió le fuera enviada copia de la póliza y el ?formulario de solicitud de beneficio? (sic), lo cual reiteró casi un mes después por carta documento de fs. 310. Las dolencias que en la primera de las cartas a las que recién aludí denunció el demandante fueron ?diabetes, hipoacusia, rotura hombro y rodilla derecha, disminución visual, etc. etc.? (sic), y bien se ve que, salvo la diabetes, la existencia de los restantes padecimientos fue constatada por el médico legista (a modo de resumen véase lo dictaminado en la foja 239, y los rastros y cicatrices que el experto describió en el cuerpo de la pericia, desde fs. 258). Poco interesa conocer, entonces, si en el curso de los últimos años de su relación laboral el asegurado había solicitado licencias por enfermedad (expresión de agravios, fs. 392 vta., 2º párrafo): lo anterior es suficiente para considerar demostrado que la minusvalía se produjo vigente el contrato de seguro de vida y, a todo evento, no pasará por alto que lo dicho al comienzo de este párrafo no se probó, sencillamente porque la defensa no ofreció prueba enderezada en tal dirección (contestación de demanda, fs. 69, capítulo VI-4). (iv) Acreditada como quedó la preexistencia de la incapacitación y su extensión, más allá de que el actor no se jubiló por invalidez sino que obtuvo el beneficio ordinario (v. lo informado por la ANSES en fs. 161/164), tampoco a mi modo de ver debe prosperar el tercero de los agravios que la aseguradora expresó. iv. E igual suerte, a mi juicio, debe correr la cuarta queja. (i) Tanto en el ámbito de la responsabilidad contractual como en el campo de los hechos ilícitos, el resarcimiento del daño moral fue considerado procedente con base en las normas de los arts. 522 y 1078 del Código Civil, bien que con perfiles propios: las expresiones utilizadas por el art. 522 ?podrá?, ?índole del hecho generador?, y ?circunstancias del caso? en realidad son pautas que persiguen como finalidad un mayor afinamiento del criterio del magistrado para evitar que se llegue a situaciones disvaliosas como lo sería, precisamente, si llegara a admitirse, automáticamente ante el sólo incumplimiento contractual, el rubro en cuestión. Ahora el art. 1741 del Código Civil y Comercial, que coordina con la definición de daño contenida en el art. 1737 del mismo cuerpo legal, alude al daño no patrimonial que es entendible como equivalente a lo que usualmente es denominado daño extrapatrimonial o moral: precisamente, el resarcimiento por daño moral está dirigido a compensar los padecimientos sufridos por la víctima de la iniuria en el plano espiritual, a consecuencia de un incumplimiento imputado al deudor. En pocas palabras, el daño moral se halla vinculado con el concepto de desmedro extrapatrimonial o lesión en los sentimientos personales que no son equiparables ni asimilables a las meras molestias, dificultades, inquietudes, o perturbaciones que pueda llegar a provocar un incumplimiento contractual, en tanto estas vicisitudes o contrariedades son propias del riesgo de cualquier contingencia negocial (esta Sala, ?Parodi, Carlos Héctor c/ Banco Itaú Buen Ayre S.A., 1.11.16; íd., ?Buen Día Discount S.R.L. c/ Bangliang Mao?, 3.11.16). (ii) Es en general difícil concebir que el incumplimiento de un contrato pueda ocasionar a la víctima un agravio de índole espiritual, y es por esto que en tales casos el daño moral en principio no se presume y, por ende, debe ser probado, a salvo las hipótesis contempladas por el art. 1744 del Código Civil y Comercial. En efecto: esa norma establece lo siguiente: ?Prueba del daño. El daño debe ser acreditado por quien lo invoca, excepto que la ley lo impute o presuma, o que surja notorio de los propios hechos?. Y en verdad, ese dispositivo nada innovó, sino que recogió la vasta doctrina elaborada en torno a la presunción legal de la existencia de tal demérito y de su notoriedad cuando surge de los propios hechos (v. por todos Bustamante Alsina, en ?Equitativa reparación del daño no mensurable?, publ. en LL. 1990-A-654). De tal premisa se infiere una clara excepción a la regla general de la carga de la prueba cuando los daños surgen notoriamente de los mismos hechos que lo ocasionaron. En tal sentido, los ?hechos notorios? son aquellos hechos comunes, conocidos y tenidos por ciertos por la generalidad de las personas, que por investir tal calidad excluyen la posibilidad de que sean puestos en duda por el órgano judicial (Lorenzetti, en ?Código Civil y Comercial de la Nación comentado?, Buenos Aires, 2015, tº. VIII, pág. 513, nro. III.1.). Lo cual implica que la facultad que al juez le conceden las normas citadas debe ser apreciada con rigurosa medida, analizando detenidamente la índole del hecho generador de la responsabilidad y demás circunstancias concurrentes, dado que de ordinario en el ámbito contractual (quedó dicho) lo que resulta afectado no es más que un interés patrimonial. Es por esto que corresponde al juzgador aplicar la condena de acuerdo con la índole del hecho generador de la responsabilidad y las circunstancias del caso, diferenciando los incumplimientos contractuales de los que -en principio- sólo pueden derivarse las simples molestias propias de cualquier incumplimiento, de aquéllos que, generados en errores cometidos o en la actividad desplegada por uno de los contratantes -con culpa o aún dolo- son susceptibles de causar padecimientos morales. (iii)

Como en toda convención, el principio de la buena fe debe presidir el contrato de seguro (art. 1198 del Código Civil; arts. 9 y 961 del Código Civil y Comercial). Es sabido que el principio de la buena fe concurre en los casos de desigualdad de fuerza económica o de aprovechamiento entre las partes, para alumbrar la conclusión de las obligaciones contractuales y el ejercicio de las pretensiones dentro de las pautas de razonabilidad exigibles, sin menoscabar los dictados que imponen el espíritu de justicia y equidad, porque de lo contrario se entraría en el campo del abuso del derecho. De modo tal que si el móvil perseguido por una de las partes de la convención al ejercer sus atribuciones contractuales no guarda armonía con esa buena fe -sea en lo relativo a la celebración o al cumplimiento del contrato, como en lo referente al ejercicio de las facultades que el vínculo le otorga- provoca una disociación entre el derecho subjetivo y el precitado principio. Es ese ejercicio antifuncional, irrazonable o irregular de la prerrogativa contractual -y como tal, violatorio del principio de la buena fe- lo que constituye la conducta abusiva (art. 1071 del derogado Código Civil; arts. 9, 10 y 11 del Código Civil y Comercial ahora vigente; esta Sala, ?Saucedo, Ernesto c/ Fiat S.A. de ahorro para fines determinados?, 23.9.08; íd., ?Tate S.A. c/ General Motors de Argentina S.R.L.?, 29.12.16; también CNCom Sala B, ?La Central de Tres Arroyos S.A. c/ Greco S.A.?, 23.9.08; íd., Sala C, ?Santa María y Cía. S.A. c/ Toyota Argentina S.A.?, 27.12.13; cfr. Cifuentes, en ?Código Civil comentado y anotado?, Buenos Aires, 2004, tº. II, págs. 313 y sig., con copiosa cita de jurisprudencia; Bueres-Highton de Nolasco en ?Código Civil y normas complementarias. Análisis doctrinario y jurisprudencial?, Buenos Aires, 2010; tº. 3-A, págs. 118 y sig.; Salas, en ?Código Civil anotado?, Buenos Aires, 1981, tº. I, págs. 535 y sig.; Lorenzetti, en op. cit., tº. I, págs. 50 y sig.). Alcanza, entonces, con recordar que el seguro es un contrato que tradicionalmente ha sido calificado como de uberrimae bonae fidei en donde las partes deben conducirse con buena fe en la celebración y en la ejecución de sus obligaciones, y si los principios de la buena fe hallan una aplicación más frecuente y rigurosa, se debe a la naturaleza de este particular contrato y a la posición especial de las partes (Halperin- Morandi en ?Seguros?, Buenos Aires, 1986, tº. I, pág. 50; Stiglitz, en ?Derecho de Seguros?, Buenos Aires, 2004, tº. II, pág. 55). Y ese cumplimiento se espera especialmente en la etapa de ejecución del negocio jurídico, sobre todo cuando se produce el siniestro, oportunidad en la que la entidad aseguradora debe demostrar mayor transparencia en su conducta e inobjetablez en su proceder, circunstancia ésta que, por tratarse de una sociedad con alto grado de especialización en la materia, se condice con el profesionalismo que corresponde exigirle en atención a las consecuencias que pueden derivarse de su actuar. (iv) Pues bien. Examinado el caso traído al Acuerdo sobre las bases expuestas, encuentro que el modo con que se condujo SMG Life Seguros de Vida S.A. no sólo no fue inobjetable y transparente: Por el contrario, exigió del actor el aporte de documentación con la que contaba por haberle sido provista por la tomadora del seguro y, violentando el principio de la buena fe, consideró suspendido el plazo previsto por el art. 46 de la ley 17.418 y no se pronunció acerca de la aceptación o rechazo del siniestro cuando debió hacerlo. Todo lo cual obligó al asegurado a recorrer un elongado camino judicial para obtener aquello que le es debido. Es esto, a mi juicio, lo que justifica la procedencia del rubro en cuestión, en tanto esa reticente actitud configuró un menoscabo que exorbitó lo estrictamente patrimonial y se proyectó como un agravio moral que debe ser atendido (esta Sala, ?Stambule, Rubén c/ Caja de Seguros S.A.?, 24.10.17; íd., ?Rinaldi, Daniel Darío c/ Aseguradora Federal Argentina S.A.?, 13.3.18). (v) Lo anterior es, en mi criterio suficiente para adoptar decisión según lo adelantado, atendiendo además a que no fue criticada la suma por la que en la instancia de origen fue cuantificado el rubro resarcitorio en cuestión. v. Como ocurre en la mayoría de los sistemas procesales y lo sostiene la doctrina clásica, la imposición de las costas se funda en el criterio objetivo del vencimiento (v., entre muchos, Chiovenda, en ?Principios de derecho procesal civil?, Madrid, 1925, tº. II, pág. 404; Alsina, en ?Tratado teórico práctico de derecho procesal civil y comercial?, Buenos Aires, 1942, tº. II, pág. 472; y Palacio-Alvarado Velloso, en ?Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, explicado y anotado jurisprudencial y bibliográficamente?, Santa Fe, 1989, tº. 3, pág. 85). Este criterio ha sido receptado, también como principio, en la ley procesal vigente (art. 68 del Código de rito), lo que implica que el peso de las costas debe ser soportado por quien provocó una actividad jurisdiccional sin razón suficiente (cfr. Fassi, en ?Código Procesal Civil y Comercial de la Nación?, Buenos Aires, 1971, tº. I, nro. 315; Fenochietto-Arazi, en ?Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, comentado y concordado...?, Buenos Aires, 1983, tº. 1, pág. 258, nro. 3); y así lo ha juzgado invariablemente esta Sala (v., entre muchos, ?Sistemas Analíticos S.A. c/ Becton Dickinson Argentina S.R.L.?, 1.11.16; ?Somnitz, Évelyn c/ Obra Social del Personal de Entidades Deportivas y Civiles (Ospedyc)?, 24.11.16; ?Quantic Geoscience Argentina S.A. c/ Catgold S.A.?, 6.12.16; ?Cornejo, Cristián c/ Dátola, Christian?, 22.12.16; ?Serviur S.A. c/ Serus Construcciones S.R.L.?, 27.12.16; ?Va-No-Li S.A. c/ Compañía de Seguros La Mercantil Andina S.A.?, 10.8.17; ?LRPG Mandataria y Fiduciaria S.A. c/ T4F Inversiones S.A.?, 16.4.19). Y si bien el criterio según el cual el vencimiento es el presupuesto esencial para imponer las costas no es rígido, pues véase que el 2º párrafo de la norma arriba citada faculta al magistrado para eximir de costas, total o parcialmente, al vencido cuando encontrase mérito para ello o cuando mediare razón fundada para litigar, esto es, cuando el vencido hubiere actuado sobre la base de una convicción razonable y objetiva acerca del derecho invocado en el litigio lo cual descarta la actuación basada en una creencia meramente subjetiva, (cfr. Fenochietto-Arazi, en

op. y loc. cit.; Kielmanovich, en ?Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, comentado y anotado?, Buenos Aires, 2006, tº. I, pág.157; esta Sala, ?Cellular Time S.A. c/ Telefónica Móviles Argentina S.A.?, 3.11.6; íd., ?Torres, Guillermo Enrique c/ HDI Seguros Argentina S.A.?, 25.4.17; íd., ?Lince Seguridad Cooperativa Ltda. c/ El Ciclón de Banfield S.A.?, 12.10.17; íd., ?Langenheim, Christian Alberto c/ Kaleu Kaleu S.A.?, 21.5.19), resulta que tal facultad, que es de carácter excepcional, no se ha dado en este caso. Así pues, en mi opinión debemos desestimar también, el último de los agravios que motivaron la intervención de la alzada. IV. La conclusión. Propongo, entonces, al Acuerdo que estamos celebrando desestimar el recurso que introdujo la demandada y, por ende, confirmar la sentencia de la instancia anterior. Con costas de alzada a la recurrente, en su calidad de sujeto procesal vencido en el recurso. Así voto. Los señores Jueces de Cámara, doctores Heredia y Vassallo adhieren al voto que antecede. Concluida la deliberación los señores Jueces de Cámara acuerdan: a) Desestimar el recurso que introdujo SMG Life Seguros de Vida S.A.; b) Confirmar el pronunciamiento de grado; c) Con costas de Alzada a la demandada; d) En atención a la forma en que se decide y los recursos interpuestos, cabe proceder a revisar los honorarios correspondientes. A tal menester debe precisarse que la retribución en cuestión habrá de efectuarse con los parámetros del arancel vigente al momento en que las tareas profesionales se cumplieron (esta Sala, 13.3.18, ?Skillmedia S.R.L. c/ Estudio ML S.A. s/ ordinario?, expte. n° 36208/2015). Con tal pauta, y ponderando que al momento en que las labores efectuadas hasta fs. 288 fueron cumplidas, no existía previsión arancelaria específica para la determinación de la remuneración del perito médico, cabe atender a la naturaleza, importancia y extensión de los trabajos realizados, estimase en \$ 42.362,50 (cuarenta y dos mil trescientos sesenta y dos pesos con cincuenta centavos) el honorario para el auxiliar, Antonio Carlos Catalán Pellet, y por las tareas a partir de allí realizadas, regúlase en ... UMA, equivalentes a la fecha a \$ 17.637,50 (diecisiete mil seiscientos treinta y siete pesos con cincuenta centavos), el estipendio para el mencionado profesional (arts. 16, 21 y 51 de la ley 27.423 y Acordada CSJN 8/19). Por estar apelado sólo por alto se confirma en \$ 22.000 (pesos veintidós mil) el emolumento para la mediadora, Alejandra R. Faccio (Dec. N° 2536/2015). Finalmente, por la presentación de fs. 397/400 fíjase en ... UMA, equivalentes a la fecha a \$ 75.011,25 (setenta y cinco mil once pesos con veinticinco centavos), el honorario para el letrado apoderado del actor, Ernesto Daniel Izaguirre (art. 30 de la Ley 27.423).

Notifíquese y una vez vencido el plazo del art. 257 del Código Procesal, devuélvase la causa al Juzgado de origen. Cúmplase con la comunicación ordenada por la Excma. Corte Suprema de Justicia de la Nación (Ley 26.856 y Acordadas 15/13 y 24/13).

Pablo D. Heredia Juan R. Garibotto Gerardo G. Vassallo Horacio Piatti Secretario de Cámara

041660E