



NEUQUEN, 15 de mayo del 2024.

Y VISTOS:

En acuerdo estos autos caratulados: "**NISDIL LUIS HORACIO C/ SANCOR COOP. DE SEG. LTDA. S/COBRO DE SEGURO POR INCAPACIDAD**", (JNQLA5 EXP 518128/2020), venidos en apelación a esta **Sala III**, integrada por los vocales Fernando Marcelo **GHSINI** y José Ignacio **NOACCO** en legal subrogancia (conf. Ac. 6/2024), con la presencia de la secretaria actuante Dania **FUENTES** y, de acuerdo al orden de votación sorteado, el juez **Ghisini** dijo:

I. El 24 de octubre de 2023 se dictó sentencia de primera instancia (h. 181/186), en la que se hizo lugar a la demanda interpuesta por Luis Horacio Nisdil que perseguía el cobro del seguro de vida colectivo obligatorio y optativo y se condenó a Sancor Cooperativa de Seguros Limitada a abonarle la suma de \$ 1.081.214,50 .

Para así decidir, la jueza recordó que según doctrina del TSJ "Camargo" (Ac. 31/10), ambos seguros tienen naturaleza social, por lo que debe situárselos dentro del ámbito laboral.

Dijo que no estaba controvertida la existencia de los contratos de seguro, por lo que la cuestión litigiosa fincaba en determinar si las patologías que padece el actor se encuentran cubiertas por la póliza de seguro adicional, y en tal caso el monto de la indemnización correspondiente y si la aseguradora abono la suma de \$20.000 en concepto de seguro de vida obligatorio.

Posteriormente indagó en las conclusiones del informe pericial médico (h. 157/159), en donde el facultativo de acuerdo al baremo del decreto 478/98 (previsional) enumeró las lesiones y estableció que el actor padece una incapacidad total del 99.33%.



Destacó que el informe fue impugnado por la Aseguradora a h. 163 y que el galeno contestó la impugnación ratificando su dictamen (h. 166).

En tal inteligencia, manifestó que el médico poseía competencia e idoneidad suficiente y adhirió a sus conclusiones.

Comprendió que la Aseguradora debía abonar ambas pólizas, en tanto se verificaba que la incapacidad determinada (99,33%) era superior a la cubierta (66%), además que estaba constatado el hecho que el trabajador no podía continuar cumpliendo tareas.

Con respecto al seguro adicional, expresó que el monto asegurado era de 25 y que el límite de cobertura de \$ 603.156 (considerado al periodo Agosto 2017) que invoca la demandada no surge acreditado en la póliza, que por el contrario, de la lectura del contrato se desprende que la suma Asegurada no tiene tope desde el 01.01.2016.

Tuvo en cuenta que el último salario del accionante antes de acceder al beneficio previsional fue de \$42.448,58 (mes de noviembre de 2017). Y cuantificó el seguro adicional en la suma de \$1.061.214,50 (25 x \$42.448,58).

Con respecto al seguro de vida obligatorio cuyo monto ascendía a \$20.000, entendió que la Aseguradora no acreditó el pago extrajudicial que invoca haber realizado, por su parte el impulsor de la acción no lo ha reconocido, por lo que también hizo prosperar el reclamo sobre ese seguro.

Rechazó el reclamo de daño punitivo, en tanto no se encontraban reunidos los recaudos del art. 51 bis de la LDC.

Ordenó que el capital de condena devengue intereses a la tasa activa del BPN S.A. desde la mora 04.01.2018 hasta el 31.12.2020 y desde allí en adelante que se aplique la tasa



activa efectiva anual BPN S.A., clientes sin paquete, préstamos personales, sin IVA, canal venta sucursales (TEA).

Reguló honorarios de los profesionales intervinientes e impuso las costas del proceso a la aseguradora en su condición de vencida.

II. El fallo es apelado por la parte demandada (h. 188/197), mediante ingreso web n° 534040, con fecha de cargo 30.10.2023.

Se agravia en primer lugar porque considera que la jueza incurre en un yerro interpretativo, dado que el objeto de la *litis* se centraba en determinar si las patologías que padece el actor están cubiertas en el seguro.

Por lo que no solo hay que demostrar que se padece una incapacidad superior al 66%, sino que además las secuelas que limitan la fuerza laborativa son efectivamente las cubiertas por el contrato y no las que se hallen expresamente excluidas.

Transcribe extractos de un voto del juez Rosenkrant de la C.S.J.N. que considera aplicable al caso de autos y aduce que el Contrato de Seguros debe interpretarse literalmente, no siendo posible otorgarle una interpretación extensiva.

Aduce que no son aplicables los precedentes "Geliz" y Cifuentes" del TSJ, en tanto en dichos pronunciamientos la accionante había desconocido los términos de las cláusulas contractuales y ello no sucede en el caso de autos.

En segundo orden, se queja por el monto de condena del seguro optativo, pues dice que los arts. 11 y 12 de la ley 17.418 son claros respecto de que solo se responde hasta la suma asegurada, por lo que pretender una indemnización mayor resulta lesivo de los términos del contrato.

Agrega que el monto de condena debió pautarse con el salario de agosto de 2017, desde que el derecho al seguro nace desde



el acaecimiento del hecho y no del otorgamiento de la prestación por invalidez, con lo cual el monto de condena quedaba fijado en la suma de \$780.196,50, por ser agosto la última remuneración percibida con anterioridad al siniestro.

Esgrime que este es el sentido de la cláusula que determina las sumas aseguradas. Realiza distintas citas jurisprudenciales de la C.S.J.N.

Por último, se queja de la fecha de inicio de cómputo de intereses, ya que entiende que no corresponde calcularlos desde el otorgamiento del beneficio previsional, sino desde el rechazo de cobertura.

Recuerda que los intereses moratorios se encuentran reglados en el art. 768 del Código Civil y Comercial, y que el incumplimiento de la Aseguradora se verifica desde el rechazo de la cobertura, es decir, desde que incumplió el contrato.

Realiza distintas citas jurisprudenciales de la Cámara de Apelaciones de Neuquén y del Interior que se expiden en este sentido.

Introduce reserva de caso federal.

El 03.11.2023 se concede el recurso (h. 198) y se corre traslado de la expresión de agravios a la contraria.

La parte actora replica (h.199/203) mediante presentación web n° 542994, con fecha de cargo 13.11.2023.

Dice que el recurrente realiza abundantes citas jurisprudenciales que no son aplicables al caso concreto. Explica que el actor resulta parte de un contrato de consumo y de la relación de consumo.

Indica que es aplicable la doctrina del precedente "Alasino" del TSJ, como los casos "Geliz", "Camargo", "Ferreyra", "Merino", "Muñoz" y "Monte" de ese mismo tribunal.



Destaca que las cláusulas abusivas carecen de firma, lo que impide expresar que el asegurado haya tenido conocimiento pleno de las restricciones y limitaciones de la póliza.

Destaca que la fecha de mora debe ser coincidente con la notificación del siniestro, realiza citas de los precedentes "Muñoz" (Ac. 18/2014) y "Montes" (Ac. 47/2015) del TSJ. Por lo que a su entender el computo debe realizarse desde el 11.10.2017.

El 17.11.2023 (h. 204) se tiene por contestado el recurso y se advierte que el 22.04.2021 (h. 97) se concedió recurso de apelación contra la resolución interlocutoria de fecha 14.04.2021 (h. 89/91) que rechazó la excepción de prescripción interpuesta por la Aseguradora (h. 93/96), el recurso se sustanció en relación y con efecto diferido, por ello se corre traslado de la expresión de agravios allí contenida.

La parte actora contesta expresión de agravios (h. 205/210 vta.) mediante ingreso web n° 549595, con fecha de cargo 23.11.2023.

Sostiene que el tema de la prescripción de este tipo de seguros fue abordado por el TSJ en la causa "Alasino" (Ac. 19/2019), que este pronunciamiento fue dictado cuando ya estaba vigente el ley 26.361, es decir la anterior redacción del art. 50 que alude el recurrente.

III. De modo liminar al tratamiento del recurso ensayado, cabe recordar que son los litigantes quienes delimitan con sus quejas, como regla general, el alcance del conocimiento de la Alzada, que por tanto se encuentra limitada a los temas sometidos a su decisión mediante la apelación (arts. 265 y 271 del CPCyC), conforme la propuesta llevada a decisión del inferior (art. 277) y en ese marco es que corresponde analizar el recurso deducido.



Además, los jueces no están obligados a hacerse cargo de todos y cada uno de los argumentos expuestos por las partes ni a analizar las pruebas producidas en su totalidad, sino tan solo aquellas que sean conducentes para la correcta decisión de la cuestión planteada (art. 386 del C.P.C.yC).

Por una cuestión de orden, corresponde en primer lugar abordar el tratamiento del recurso interpuesto por la demandada (h. 93/96) mediante ingreso web n° 105919, con fecha de cargo 15.04.2021, en tanto allí cuestiona la fecha de prescripción de la acción, pues de resultar la queja procedente deviene abstracto el tratamiento de las restantes cuestiones planteadas.

Para abordar adecuadamente esta cuestión se torna -asimismo- indispensable analizar el contrato de seguro colectivo a partir de una adecuada ponderación de los principios, valores, reglas legales y constitucionales involucrados.

El vínculo jurídico en examen, de carácter complejo y triangular se inscribe -como bien lo afirmó el ex vocal del TSJ Oscar Massei en la causa "Geliz"-, dentro de la noción del seguro social (TSJ, Ac. 46/2010). Criterio reafirmado posteriormente por el TSJ en "Merino" (Ac. 08/2013) donde se dijo: *"Cabe aquí considerar que este Tribunal ha sentado postura a favor de la aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor a los seguros de vida colectivos obligatorio y adicional in re "GÉLIZ" (Acuerdo N° 46/10).*

Para ello, se tuvo en cuenta su carácter de orden público y la naturaleza de los seguros de vida obligatorio y adicional.

En tal oportunidad, en mi voto sostuve que la Seguridad Social es el género y el seguro social, la especie. Que es un medio, un instrumento para hacer efectivos los beneficios de la seguridad social, siguiendo a Helio J. Zarini,



Constitución Argentina (cfr. aut. y ob.cit., Ed. Astrea, pág. 74/75, Bs. As., 2004).

También, que el seguro social satisface un interés social inmediato, dando origen a una relación jurídica regulada por ley, cuyo objeto es proteger las contingencias propias de la existencia humana.

Que su objeto consiste en cubrir toda la gama de contingencias y necesidades que afectan individualmente a un sujeto, pero se proyectan socialmente en sus efectos (cfr. GERMÁN BIDART CAMPOS, Tratado elemental de Derecho Constitucional Argentino, Editorial Ediar, Bs. As., 1986, pág. 429).

Que a partir de la sanción de la Ley 24.240 se cuenta con dos directivas específicas de la interpretación de los contratos por adhesión, como el de autos.

Así, en su Art. 37, la citada ley establece que la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Esta directiva, en una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación, dispone imperativamente que la decisión debe favorecer la posición contractual del consumidor (cfr. Rubén S. STIGLITZ, Derecho de Seguros, Tomo I, Editorial Abeledo Perrot, Bs. As., 1998, pág. 609).

En la especie, también reafirma el sentido de mi voto el carácter de orden público que tiene la Ley de Defensa del Consumidor (Art. 65). Ésta impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de las contrataciones en masa con cláusulas predispuestas.

El Máximo Tribunal nacional precisó que el legislador, al disponer que sea de orden público, ha definido a la ley como contenedora de un conjunto de principios de orden superior



estrechamente vinculados a la existencia y conservación de la organización social establecida y limitadora de la autonomía de la voluntad.

Enfatizando esta idea, la Corte Federal interpretó que los tribunales deben aplicar esta categoría de leyes, aun cuando las partes no lo requieran por cuanto existe un interés de la comunidad toda en que así sea (PASCUAL E. ALFERILLO: La función del juez en la aplicación de la ley en defensa del consumidor, La Ley online 02/07/09, con cita de C.S.J.N., S 1455.XLI; RHE "Sociedad Anónima-Dominga B. de Marconetti c. Gobierno de Buenos Aires").

Asimismo, con relación a los principios de hermenéutica de los derechos sociales reitero que: adquieren particular relevancia los de justicia social, de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana, (pro homine) de progresividad de los derechos y de no regresividad.

Y es precisamente ese plexo de valores y derechos que resulta de la constitucionalización de los instrumentos de derechos humanos que determina el deber del intérprete de seleccionar y aplicar la norma que en cada caso resulte más favorable para la persona humana, para su libertad y sus derechos, cualquiera fuera la fuente que la suministre, ya sea interna o internacional (cfr. BIDART CAMPOS G., Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino, Ediar, Tomo I-A, pág. 390, Buenos Aires, 2000).

Delimitado entonces el marco jurídico, resulta plenamente aplicable al caso de autos la doctrina sentada en la causa "Alasino" (Ac. 19/2019) del Tribunal Superior de Justicia, donde se confirmó que el plazo de prescripción de este tipo de contratos era trianual.



En tal oportunidad, ante la queja interpuesta por la Aseguradora por este mismo tema el TSJ dijo: *"Tampoco lo inquieta otro de los fundamentos aducidos por el apelante: la razonabilidad del plazo anual previsto por la ley especial de seguros (Ley N° 17418) que resultaría concordante con la tendencia moderna de reducción de plazos de prescripción que sería recogida con la puesta en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial.*

El elemento que explica la razonabilidad del exiguo plazo anual en el contrato de seguro no es otro que el subsidio que recibe el sector del seguro como actividad económica. Mientras que en la relación de consumo, la razonabilidad de los plazos encuentra su justificación en la situación de vulnerabilidad en la que se sitúa la persona frente al proveedor y la consecuente necesidad imperiosa de acudir en su protección. De modo que, de seguirse con el planteo del apelante, no se advierte que el tiempo fijado para la prescripción en el estatuto consumeril sea irrazonable y por ello deba prevalecer el dispuesto en el régimen del seguro.

Luego, y si la razonabilidad se la juzgara a la luz del nuevo ordenamiento civil y comercial como también lo intenta el agraviado, hay que poner de relieve que con su entrada en vigencia se incrementaron los plazos de los reclamos de indemnizaciones de daños derivados de la responsabilidad civil, que de dos años pasó a tres (artículo 2561), y los derivados del contrato de transporte de personas o cosas, que de un año se alargó a dos (artículo 2562, inciso "d")."

Consecuentemente, corresponde confirmar lo resuelto en primera instancia en tanto rechaza la excepción de prescripción. Por lo que habré de abordar el tratamiento de los restantes agravios.

De los precedentes *"Geliz"* (Ac. 46/2010) y *"Merino"* (Ac. 08/2013) del TSJ, se desprende que nuestro máximo tribunal no



solo ha contorneado en forma precisa el marco normativo aplicable a los contratos de seguro de adhesión -como el de autos-, sino que también ha abordado la forma en que este tipo de figuras contractuales debe ser interpretada y los principios rectores al momento de realizar tal tarea.

La perspectiva de juzgamiento entonces debe considerar adecuadamente la protección que el estado constitucional de derecho defiende al sujeto consumidor en clave laboral (artículos 14 bis y 42 de la Constitución Nacional).

Tal como la ha aplicado la *a quo*, no hay entonces yerro desde que el decisorio se ajusta al estándar jurídico antes referenciado.

El recurrente pasa por alto también que el actor -beneficiario del seguro- no ha intervenido en la negociación de las cláusulas del mismo, sino que ha adherido a un contrato formulado entre su empleadora y la demandada, toda vez que el tomador del seguro es un tercero.

Como se ha referido antes, el seguro colectivo se celebra entre el tomador y el asegurador. El asegurado, a pesar de su condición de destinatario final de la prestación a cargo del asegurador, no interviene ni influye en el contenido contractual, en sus condiciones particulares, ya que, dada la formación del contrato del seguro, jamás participa en la creación de las condiciones generales.

Esta nota distintiva de los seguros bajo examen hace que el asegurado sea ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por consecuencia, de las exclusiones de cobertura.

En idéntico sentido se ha expedido la Sala I de esta Cámara de Apelaciones en autos "ALVAREZ VALENTINA C/CAJA DE SEGUROS SA S/ CUMPLIMIENTO DE CONTRATO" (EXP N° 385839/9) y la Sala



II en autos "VERGARA JORGE HUGO C/ CAJA DE SEGUROS S.A. S/ COBRO DE SEGUROS POR INCAPACIDAD", (EXP N° 447462/2011).

En el caso de autos, surge que la póliza fue tomada entre el empleador y la demandada para brindar cobertura a aproximadamente a 61.299 agentes públicos -entre los que se encontraba el actor-, con lo cual el trabajador -sujeto tutelado- léase también "consumidor", no tiene más opción que aceptar las cláusulas prefijadas. Su voluntad parece entonces insuficiente -desde que como dije no es quien interviene en la negociación que pauta las condiciones del contrato- para sujetarlo al cumplimiento de cláusulas que desnaturalizan el riesgo asegurado.

Corresponde preguntarse ¿Tiene poder negocial un trabajador que solo adhiere al contrato de seguro y no ha intervenido como tomador directo del mismo? ¿Puede un trabajador alterar el contenido de un contrato de seguro colectivo de adhesión que será aplicable a otros 61.298 individuos?, el sentido común me lleva a contestar negativamente ambos interrogantes.

No puedo dejar de aplicar aquí los principios de la ley de defensa del consumidor, y el *pro homine* a los contratos de seguro colectivo obligatorio y optativo -como el de autos-.

En la causa, la Póliza de seguro de vida colectivo optativo remitida por la administración central de la provincia de Neuquén (h. 140) además del supuesto de muerte del beneficiario, cubre: 1. Incapacidad física total permanente e irreversible taxativa. 2. Muerte accidental e indemnizaciones por pérdidas parciales por Accidente (Anatómicas y/o funcionales).

A su vez esta última póliza define la incapacidad física total como aquella minusvalía no menor del 66% que le impida al asegurado la continuidad de sus actividades, para luego aclarar que si el asegurado padeciera diferentes



incapacidades parciales que por su sumatoria fueran iguales o superiores al porcentual anteriormente indicado, se considerará la situación como incapacidad física total, permanente e irreversible.

De la lectura de las pólizas adjuntadas al contestar la acción (h. 28 vta./36), se desprende que en el anexo I, correspondiente a la descripción de las pólizas, se establece textualmente -además de los riesgos anteriormente expuestos- que: "[...] *La determinación del estado de incapacidad a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos, inclusive para aquellas incapacidades que se califiquen de total y permanente por vía administrativa judicial y/o por accidente de trabajo y/o hayan dado lugar a indemnizaciones fundadas en la legislación laboral o en convenios de partes y/o hayan originado el otorgamiento de la jubilación por invalidez [...]*"

.

De modo que cabe indagar si el accionante ha acreditado en autos el presupuesto previsto en la póliza, puesto que la cuestión debatida remite a fijar si durante la vigencia de la cobertura se verificó el riesgo asegurado.

Para ello cuadra señalar que la interpretación de este tipo de cláusulas predispuestas debe ser llevada a cabo en el sentido más favorable al consumidor (art. 37, ley 24.240).

Por su parte, al contrario de lo que afirma la quejosa surge indubitado que el trabajador desconoció los términos del contrato de seguro y sus condiciones, por haber sido ajeno en la negociación entre su empleador y la demandada (ver. h. 3 vta. de la demanda).

La incapacidad es un concepto jurídico que deriva de la imposibilidad de la persona de desarrollar actividades



laborales que debe analizarse en cada caso en concreto, con particular consideración en la persona del asegurado.

De estarse a los términos esgrimidos por la aseguradora en la póliza bajo análisis se impediría o restringiría la sumatoria de incapacidades parciales que la propia póliza admite, produciéndose una desnaturalización del objeto contractual, es decir un vaciamiento en la cobertura (cfr. Waldo Sobrino, en *Seguros y el Código Civil y Comercial*, tomo II p. 1280 Ed. La Ley).

Debe tenerse presente, que se indemniza una situación de incapacidad y no secuelas o enfermedades aisladamente consideradas; una recta interpretación de la relación de consumo indica que la regulación mira al sujeto en su integridad y no a enfermedades puntuales.

En resumen, las exclusiones tienen que ser expresas y no tienen que desnaturalizar el objeto del contrato (riesgo asegurado). Por otro lado, en los contratos de adhesión -como el de estos autos- las cláusulas se interpretan en contra del predisponente (art. 987 y 988 del Código Civil y Comercial) y no del beneficiario como pretende quien aquí apela.

No está controvertido el hecho que el demandante ha accedido al beneficio previsional por invalidez, tampoco que éste se encuentra totalmente imposibilitado de prestar tareas, tal lo confirma la pericia médica (h. 157/159) que asigna una incapacidad física del 99,33%, con lo cual queda enmarcado en la hipótesis que se verifica el cumplimiento de la contingencia cubierta, a saber pérdida total de la capacidad laborativa.

Dicho ello, se ha acreditado en la causa los presupuestos indispensables para que su pretensión resulte favorablemente atendida (art. 377 C.P.C.yC; art. 54, ley 921). Corresponde en este punto entonces, tener por no convenida la cláusula



establecida en la descripción del riesgo cubierto, en cuanto prevé un listado **taxativo** de patologías cubiertas, en tanto desnaturaliza la función última del contrato, a saber cubrir la eventual pérdida de la capacidad laborativa de la persona trabajadora.

Se trata de la denominada «claims made», taxonomía técnica que alude a la limitación temporal de ciertos efectos del contrato de seguros, que ha merecido un arduo debate, con una crítica valoración de un sector sustantivo de la doctrina mercantil (cfr., Stiglitz, Gabriel y Compiani, Maria M. Fabiana, *La cláusula "claims made" pro siempre ilícita*, en L.L, 2006-F, p. 843; Sobrino, Waldo, *Una norma fundamental para la protección de los consumidores. El art. 56 de la Ley de Seguros*, en L.L, 2009-E, p. 63; Lorenzetti, Ricardo, *Contrato de Seguro, La Cláusula "claims made"*, publicado en *La Ley*, 1998-C, 1174; en contra de lo que aquí se postula Lopez Saavedra, Domingo, *Seguros de responsabilidad civil y la cobertura "claims made"*, en 1994-D, p. 1037).

En lo que nos ocupa, considero que la cláusula es abusiva por cuanto su redacción altera los alcances de la obligación de la aseguradora (art. 37, inc. "a" de la ley 24.240), y propicia evadir la cobertura del riesgo asegurado.

La situación a examinar es idéntica a la que se presenta en el marco de incapacidad absoluta del artículo 212 de la LCT, en orden a la autonomía y prevalencia que guarda la configuración de la incapacidad absoluta frente a cualquier hipótesis extintiva del contrato, el razonamiento analógico que efectuó entre las estructuras normativas tiene por finalidad poner de relieve que una vez que se «cristaliza» la incapacidad absoluta, resulta indiferente cualquier acto posterior para enervarla, independientemente que su determinación se realice luego.



Ello es así, puesto que el acto de determinación se limita a echar luz sobre una situación preexistente y por lo tanto amparada dentro del esquema asegurativo.

El paradigma actual de la plena vigencia de los derechos humanos fundamentales, coloca en el centro del ordenamiento jurídico a las personas humanas, a las que este debe tributar, como forma de realización de sus derechos (CSJN, causa "Vizzoti", fallos, 327:3677, sent. de 14 de septiembre de 2004), criterio que fue reafirmado en la causa "Institutos Médicos Antártida" (fallos, 342:459, sent. de 26 de marzo de 2019).

Bajo estas pautas, principios y directrices, entiendo que la exclusión inserta en la póliza examinada desnaturaliza los alcances de la obligación de la aseguradora, es abusiva y por lo tanto nula (art. 37, inc. "a" de la ley 24.240).

De acuerdo a lo reseñado corresponde rechazar el agravio y confirmar lo resuelto por la jueza de primera instancia.

Al abordar la segunda queja, referida a la forma de calcular la cuantía de la indemnización prevista en el contrato de seguro adicional, la jurisprudencia es conteste en que, aun tratándose de seguros de vida colectivos, y más allá de la interpretación tuitiva de los derechos del asegurado que corresponde hacer en estos casos, el máximo del capital asegurado debe ser respetado dado que éste se vincula directamente con la prima a cargo del asegurado (cfr. CNAT, Sala I, "Otero c/ Caja de Seguros", 24/5/2005, LL AR/JUR/2822/2005; ídem., Sala X, "Jiménez c/ La Caja de Seguros de Vida S.A", 28/12/2007, LL AR/JUR/10206/2007; SCJ de la Provincia de Mendoza, Sala I, "Elizalde de Marzari c/ Sancor Coop. de Seg. Ltda.", 8/10/2009, ED 236, pág.1.086).

La Corte Suprema de Justicia de la Nación sostiene, con similar criterio: "*La obligación del asegurador de reparar el*



daño tiene naturaleza meramente "contractual", y si su finalidad es indemnizar al asegurado de los perjuicios sufridos por la producción del riesgo asegurado, su origen no es el daño sino el contrato de seguro. De tal manera, la pretensión de que la aseguradora se haga cargo del pago de la indemnización "más allá de las limitaciones cuantitativas establecidas en el contrato" carece de fuente jurídica que la justifique y, por tanto, no puede ser el objeto de una obligación civil.

"Ello es así pues el contrato de seguro se sustenta en la observancia de ciertos aspectos técnicos de fundamental importancia para su debido funcionamiento como, por ejemplo, la determinación y mantenimiento del estado del riesgo tomado en cuenta al contratar, al evitar que el asegurado provoque el siniestro, o exagere sus consecuencias, entre otros. Por otra parte, cabe recordar que su contenido está sometido a una ley de tipo reglamentario que regula minuciosamente los diversos aspectos del contrato" (autos "Flores c/ Giménez", 6/6/2017, Fallos 340:765).

Esta doctrina viene siendo aplicada por la Corte en forma reiterada (cfr. autos "Recurso de Hecho deducido por La Meridional Cía. Arg. De Seg. en la causa Gómez c/ Creatore", 12/8/2021, Fallos 344:2002, entre otros).

Ahora bien, de las constancias de la causa, no surge que el trabajador haya padecido un siniestro como afirma la recurrente, sino que al contrario de lo que expresa, surge acreditado que padecía distintas patologías (enfermedades), que fueron paulatinamente mermando su capacidad laborativa, hasta que el 20.09.2017 la junta médica le otorga el beneficio previsional por invalidez.

De ello, se desprende que éste es el mes de cómputo de la prestaciones, pues resulta ser el último haber devengado por el accionante al momento en que se reconoce su incapacidad



total para continuar prestando tareas, es decir, es el espacio temporal en el que se verifica la hipótesis prevista en la cobertura, a saber, merma de la capacidad laborativa superior al 66%.

Por ello, asiste razón a la aseguradora en su planteo respecto a la utilización de un haber de cálculo superior al debido, ya que no puedo soslayar que la defensa que esgrime no fue replicada por el accionante al contestar los agravios.

A su vez, el actor al instar la demanda expresó que le correspondía la suma \$780.196,50 en concepto de prima del seguro adicional (ver h. 4). Ahora bien, el recibo de haberes del mes de septiembre de 2017 alcanza la suma de \$34.197,86 (conforme surge del recibo agregado en la informativa de h. 140), el que debe ser multiplicado por 25 sueldos -sin tope de cobertura, que llega firme- alcanza la suma de \$854.946,50 que es superior al peticionado.

En atención a ello, prospera la queja, y corresponde reducir el monto de la indemnización por seguro colectivo de vida adicional a la suma de \$854.946,50, suma que conforma el capital de condena con la suma de \$20.000 correspondiente a la indemnización de seguro de vida obligatorio.

Con respecto al tercer agravio, que cuestiona la fecha de inicio para el computo de los intereses moratorios, llega firme a esta instancia, que la tomadora del seguro tomó conocimiento de la incapacidad del trabajador el 19 de marzo de 2018, conforme lo afirma el actor y reconoce la accionada al contestar la demanda (h. 74 vta.).

Sin embargo, la jueza al dictar sentencia indica que la fecha de inicio de los intereses moratorios es el 04.01.2018 -fecha en se le otorga la jubilación-, al respecto resulta de aplicación el criterio aplicado por la Sala Civil del Tribunal Superior de Justicia en autos "Muñoz" (Ac 18/2014



del 26-08-2014) y "Monte" (Ac. 47/15 del 9-11-2015), antecedentes jurisprudenciales de donde surge que en casos como el de marras los intereses cabe computarlos a partir de la fecha en que la tomadora del seguro tuvo conocimiento de la incapacidad del trabajador.

Conforme ello, como ya he mencionado el accionante indica haber realizado la denuncia del siniestro en marzo de 2018 (sin precisar día) y por su parte la demandada reconoce haber recepcionado la denuncia el 19.03.2018, por lo que corresponde hacer lugar al agravio y ordenar que los intereses moratorios se devengarán desde esta última fecha.

IV. En virtud de lo considerado, propongo al Acuerdo hacer lugar en forma parcial al recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, y en consecuencia reducir el capital de condena a la suma de \$874.946,50 y modificar la fecha de mora al 19.03.2018.

Imponer las costas de Alzada en el orden causado en atención a la forma en que se resuelve la presente causa (art. 17, ley 921 y 68 del CPCC).

Regular honorarios de los profesionales intervinientes en esta Alzada, en el 25% de lo que corresponda a su parte por la regulación conjunta (art. 15, ley 1594).

Tal mi voto.

El juez **Noacco** dijo:

Por compartir la línea argumental y solución propiciada en el voto que antecede, adhiero al mismo.

Por ello, esta **Sala III**

RESUELVE:

1. Rechazar el recurso de apelación impetrado (h. 93/96) por la Aseguradora y confirmar lo resuelto en primera instancia.



2. Hacer lugar en forma parcial al recurso de apelación (h. 188/197) interpuesto por Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, en consecuencia, reducir el capital de condena a la suma de \$874.946,50 y ordenar que ésta suma devengue los intereses fijados en primera instancia desde la mora acaecida el 19.03.2018.
3. Imponer las costas de Alzada en el orden causado en atención a la forma en que se resuelve la presente causa (art. 17, ley 921 y 68 del CPCC).
4. Regular los honorarios de los letrados intervinientes en esta Alzada, en el 25% de lo fijado en la instancia de grado (art. 15, ley 1594).
5. Regístrese, notifíquese electrónicamente y, oportunamente, vuelvan los autos a origen.

Dr. Fernando Marcelo Ghisini Juez

Dr. José Ignacio Noacco Juez

Dra. Dania Fuentes

Secretaria