



ACUERDO N° 9. En la ciudad de Neuquén, capital de la provincia del mismo nombre, a los quince (15) días del mes de abril de dos mil veinticuatro, en Acuerdo, la Sala Laboral del Tribunal Superior de Justicia integrada por los señores Vocales doctores Gustavo Andrés Mazieres y Roberto Germán Busamia y, por existir disidencia, por la Sra. Presidente doctora María Soledad Gennari, con la intervención del señor Secretario Joaquín Antonio Cosentino, procede a dictar sentencia en las actuaciones **"CLAUSE, VICENTE c/ SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA. s/ COBRO DE SEGURO DE VIDA"** (Expediente JZA1S2 N° 44.797 - Año 2019), del registro de la Secretaría Civil.

ANTECEDENTES: La aseguradora demandada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- interpuso recurso de Nulidad Extraordinario (fs. 244/262vta. y -de igual tenor- fs. 264/282vta.) contra la sentencia dictada por la Sala 1 de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior-, con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 232/239vta.). En ese pronunciamiento, la Alzada rechazó el recurso de apelación interpuesto por idéntica parte y, en consecuencia, confirmó la sentencia de primera instancia (fs. 191/208vta.) admitiendo la demanda interpuesta y condenando a la aseguradora al pago de la suma de \$320.000.- en concepto de capital, con más intereses desde el 30/08/18 y costas.

Corrido traslado, el actor solicitó la inadmisibilidad del remedio incoado y, eventualmente, su rechazo, con costas (fs. 285/297vta.).

A través de la Resolución Interlocutoria N° 89/22, se declaró admisible el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la demandada (fs. 304/306vta.).

A su turno, la Fiscalía General Subrogante propició la improcedencia del recurso de Nulidad Extraordinario (fs. 308/311vta.).



Efectuado el pertinente sorteo, este Cuerpo resolvió plantear y votar las siguientes:

CUESTIONES: a) ¿Resulta procedente el recurso de Nulidad Extraordinario? b) En su caso, ¿qué pronunciamiento corresponde dictar? c) Costas.

VOTACIÓN: Conforme el orden del sorteo realizado, el **Dr. Gustavo Andrés Mazieres** dijo:

I. Para comenzar el análisis, es necesario resumir los aspectos relevantes de la causa, de cara a los motivos que sustentan la impugnación extraordinaria planteada por la demandada.

1. El Sr. Vicente Clause promovió demanda sumarísima contra Sancor Cooperativa de Seguros Limitada, reclamando el pago del seguro colectivo de vida e incapacidad total, tanto obligatorio como adicional.

Invocó que padece una incapacidad que configuraría el riesgo cubierto y que se desempeñó en relación de dependencia de la Dirección Provincial de Vialidad, quien habría actuado como tomadora de ese seguro. Reclamó la suma de \$798.721,25.- más intereses y costas.

Sostuvo que el 12/08/18 el Dr. Alejandro González, especialista en medicina del trabajo, confeccionó informe médico previsional donde determinó que padece 66,42% de incapacidad por distintas afecciones, todas irreversibles y progresivas. Advirtió que estas últimas no son taxativas y que no limita la existencia de otras afecciones que padezca, las que puedan surgir al momento que el perito médico dictamine.

Refirió que, a la fecha de consolidación jurídica del daño, la cobertura asegurativa vigente era la contratada con la demandada. Señaló que, una vez que tomó debido conocimiento de su incapacidad total y permanente, le remitió a la hoy accionada carta documento el 30/08/18 intimando el pago de las sumas de dinero correspondientes a

los seguros en juicio; además, le puso en debido conocimiento la minusvalía que padece, indicando los segmentos de su cuerpo afectados, y que no posee la documentación correspondiente al formulario de solicitud del beneficio, formulario de incapacidad, copia de declaración de comisión médica y que en lo relativo a la historia clínica completa, DNI, recibo de sueldo, se encuentran -a disposición- agregados en su legajo personal.

Indicó que la aseguradora contestó por epistolar del 10/09/18 requiriendo el envío de documentación, que como ya le indicara el actor, no obraba en su poder. Dejó expresa constancia que jamás se le entregó copia de las pólizas.

Formuló consideraciones respecto de la relación contractual, alcance de la cobertura, inoponibilidad e ineficacia de cláusulas contractuales. Invocó aplicación del marco normativo de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC).

2. La aseguradora reconoció que contrató con la empleadora del actor dos pólizas de seguros colectivos, uno obligatorio y otro adicional, cuya cobertura comprendía una indemnización por incapacidad total permanente y absoluta, pero alegó que tal indemnización solo es otorgada cuando se reúnen las condiciones estipuladas en la póliza.

Formuló consideraciones respecto de la carga de la prueba, monto de los seguros, invocando monto máximo de \$300.000.- para el seguro adicional. Sostuvo que su contratación es originaria. Planteó la oponibilidad del contenido de las pólizas y la inaplicabilidad de la Ley de Defensa del Consumidor (LDC). Denunció demanda improponible por omisión del actor en suministrar la información solicitada.

Alegó exclusión de cobertura respecto del seguro de vida colectivo obligatorio y adicional en subsidio.



Denunció que el actor no se jubiló por invalidez. Luego, mencionó que conforme lo dispone la Cámara de Apelaciones de Neuquén, el método de cálculo de incapacidad establecido en la póliza es el método de la capacidad restante sin los factores de ponderación del Baremo N° 659/96 ni tampoco se dispone la aplicación de las disposiciones del Decreto N° 478/98 de la Ley N° 24241. Sostuvo que las patologías invalidantes denunciadas en la demanda no están previstas como riesgo asegurado adicional. Solicitó el rechazo de la demanda. Planteó inexistencia de cláusulas inoponibles y/o abusivas. Negó mora de su parte. Y solicitó que los intereses se computen desde el rechazo del siniestro con la contestación de demanda.

3. El actor, al contestar el traslado de la documental, se opuso a que el perito se expida sobre el porcentual de incapacidad de cada patología física hallada mediante el método de capacidad restante establecido en la póliza de vida en el apartado 3, sin computar los factores complementarios. Al respecto, el trabajador sostuvo que el baremo que se debe aplicar es el del Decreto N° 478/98 previsto por la Ley N° 24241 que emplea factores complementarios.

4. La Jueza de Primera Instancia rechazó el planteo de improponibilidad de la acción porque el actor en su intercambio epistolar le hizo saber a la aseguradora que la documentación obraba en su legajo personal (el que estaba a su disposición) y la demandada no invocó impedimento alguno para acceder a aquella documentación.

Luego, valoró las pericias médica y psicológica y determinó que el actor presenta una incapacidad física superior al 66%, conforme resulta de la pericia médica que no fuera impugnada. También expuso que por la pericial psicológica se acredita un daño psíquico que alcanza a un 47% (incluyendo factores complementarios). En función de



ello, adujo que aun descartando la pericial psicológica, no modifica la incapacidad total del accionante.

Agregó que por más que el actor no acreditó haber accedido al beneficio de jubilación por invalidez, las pericias confirmarían que se halla incapacitado totalmente y estas pericias son el medio específico para corroborar ello.

Seguidamente, expuso que el contrato de seguro queda aprehendido por la Ley de Defensa del Consumidor (LDC) y por las normas contenidas en el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC). Citó la doctrina de este Tribunal Superior de Justicia en las causas "Camargo", "Géliz" y, más recientemente, "Muñoz". Luego afirmó que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo que desnaturalicen o contraríen su aludida función social y al aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza se estaría negando la propia existencia del instituto de neto corte social. Por lo que consideró abusivas dichas cláusulas en la medida que desnaturalizan las obligaciones de la demandada.

Sentado ello, fijó para el obligatorio la suma de \$20.000.- y para el adicional aplicó el tope establecido en el precedente de este Cuerpo en la causa "Bruna".

En consecuencia, condenó a la demandada al pago de \$20.000.-, en concepto de seguro obligatorio, y \$300.000.-, en concepto de seguro adicional, con más los intereses a tasa activa del BPN desde la denuncia del siniestro a la aseguradora (30/08/18) que, en el caso -dijo- es concomitante con la puesta en conocimiento de la incapacidad a la empleadora.

5. La demandada apeló (fs. 213/221vta.) y formuló su réplica el actor (fs. 223/226vta.).

En sus agravios la aseguradora hizo hincapié en que para la determinación de la incapacidad debió aplicarse

el método de cálculo de la incapacidad establecido en la póliza adicional, el cual se corresponde con el método de capacidad restante sin factores de ponderación. Transcribió la parte pertinente de la póliza adicional y antecedente de la Cámara de Apelaciones de Neuquén e insistió en la obligación de respetar la letra del contrato de seguro. Destacó que la pericia médica realizó los dos cálculos (con factores y sin ellos) y que tomando la capacidad restante sin factores se informó un porcentaje de 58,33%, menor al 66% que requiere la póliza.

Insistió en que la cláusula contractual no ha sido cuestionada por la parte actora y que no puede sostenerse que sea abusiva en forma alguna.

Por otra parte, refirió que no corresponde computar la invalidez psicológica y/o psiquiátrica dado que se encuentra expresamente excluida de la cobertura del seguro adicional conforme la cláusula del artículo 7.

Dijo que el actor estaba debidamente informado de la existencia de la exclusión, conforme seguro de vida colectivo y sus anexos, y que la firma al final del documento permite tener por prestada la conformidad. Citó jurisprudencia de la Cámara de Neuquén y de este Cuerpo que según la recurrente avalan su postura.

Por último, se agravió del cómputo de los intereses respecto de ambos seguros (obligatorio y adicional).

Alegó que como fecha de inicio se debe tomar la contestación de la demanda. Justificó tal proceder porque no se está ante un hecho antijurídico y que la aseguradora incurrió en mora al momento del pago, según los artículos 49, 50 y 51 de la Ley de Seguros (LS).

6. El Tribunal de Alzada rechazó el recurso interpuesto por la demandada y, en consecuencia, confirmó la decisión de grado (232/239vta.).



Para así resolver, en lo que aquí interesa, sostuvo que respecto a la exclusión de la incapacidad psicológica y psiquiátrica que el apelante pretende con fundamento en las cláusulas de la póliza, esa cuestión ya había sido resuelta en precedentes de dicha Alzada, en autos "Jara, Julia Ester c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ Cobro de Seguro de Vida" y "Almeida, Jorge Omar c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ Cobro de Seguro de Vida". La postura allí asumida -agregó- resultaba coincidente con el criterio del Tribunal Superior de Justicia en "Ferreyra c/ Caja de Seguros" del año 2012 y con "Cifuentes c/ Caja de Seguros S.A." de idéntico año. Trajo a colación de este último precedente que, al analizarse y valorarse el dictamen pericial con absoluto apego a la literalidad de las cláusulas contractuales, se omitió considerar la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de esta clase de seguros, sin hacerse mérito de su función social, apartándose del principio por el cual, en caso de duda razonable, corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado. A la par que los contratos de seguros de vida colectivo no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su función social, toda vez que, de ampararse las pretensiones de aplicar las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza, se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional.

En este sentido, agregó que consideraba que no se había modificado la doctrina que había citado precedentemente, por el contrario -dijo- la postura que excluye las cláusulas limitativas de responsabilidad que importan denegar o reducir la cobertura ha sido ratificada recientemente en el precedente "Bruna" (Acuerdo N° 17/21).



Con respecto al derecho de información, reiteró algunas consideraciones vertidas en el precedente "Almeida" y destacó que la información que debe recibir el consumidor debe ser veraz, adecuada, detallada, suficiente y eficaz, y no es sinónimo de publicidad; debe proveerse información sobre las circunstancias relevantes para el contrato (artículos 42 de la CN y 1100 del CCyC); se trata de la información necesaria que debe brindarse para que el consumidor pueda tomar la decisión de contratar debidamente impuesto de los alcances del contrato. Y -añadió- que las cláusulas limitativas que se excluyen son las que producen un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor y que desnaturalizan el contrato, es decir el fin perseguido por el contrato. En estos casos, no resultará suficiente cumplir con el deber de información, porque hay un control de contenido de la cláusula, más allá de su inteligibilidad o que el consumidor la apruebe.

Por lo expuesto, y considerando que los fundamentos traídos no alcanzaban a conmovier lo decidido, entendió que debía rechazarse el agravio traído.

Sentado lo anterior, destacó lo considerado por la Magistrada de la anterior instancia en cuanto refirió que aun habiéndose impugnado aquella pericia (psicológica), a su criterio el cuestionamiento resulta sostenido por los conocimientos de la experta, aunque luego acotó que la cuestión no merecía mayor análisis, ello por cuanto había considerado los factores complementarios en la incapacidad física, lo cual resultaba suficiente para arribar al riesgo cubierto.

Sin perjuicio de este acotado análisis consideró que la pericia psicológica se adecua a los requisitos establecidos por el artículo 476 del CPCyC, y no obraban en autos elementos de mayor convicción que le permitan

apartarse de sus conclusiones, amén de ponderar que esta cuestión no fue motivo de crítica específica de la recurrente, ya que su agravio se fundó en la exclusión de la patología.

En consecuencia, propuso el rechazo de este agravio, debiendo tenerse en cuenta la incapacidad psicológica que la experta estimó en el 40% sin factores complementarios.

Consecuentemente aplicó la fórmula de la capacidad restante, comenzando por el mayor porcentaje de incapacidad (40% psicológica) y siguiendo con los restantes porcentajes de incapacidad determinados por el perito médico, arribó a una incapacidad del 74,98% VTO, sin factores complementarios, acreditándose en estos términos el riesgo cubierto, aún sin esos factores.

Por la forma en que propuso que se resuelva la controversia precedente, no era necesario expedirse con relación a la inclusión de los factores complementarios.

Como segundo agravio, se cuestionó que los intereses se devenguen desde la notificación al tomador, alegando que no se da fundamento alguno para ello y proponiendo la fecha de la contestación de la demanda.

Al respecto, expuso que el quejoso realizó una afirmación incorrecta y a la vez no se hizo cargo de los fundamentos concretos vertidos por la sentenciante, incumpliendo lo consignado en el artículo 265 del CPCyC. A ello le sumó el criterio aplicado por la Sala Civil del Tribunal Superior de Justicia en autos "Muñoz" (Acuerdo N° 18/14) y "Monte" (Acuerdo N° 47/15), antecedentes jurisprudenciales de los que 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.



En estos términos, no encontró mérito para apartarse de los precedentes mencionados con remisión a fallos de este Tribunal Superior de Justicia, por lo que entendió que el agravio debía desestimarse.

Por todo ello, rechazó el recurso interpuesto por la demandada y confirmó la sentencia de grado, con costas a la recurrente vencida.

7. Como ya se expresó, la accionada -Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- dedujo recurso de Nulidad Extraordinario.

Se declaró la admisibilidad de la vía extraordinaria local mediante Resolución Interlocutoria N° 89/22.

La recurrente invocó en la queja el artículo 18 de la Ley N° 1406 y circunscribió el remedio en base a la arbitrariedad derivada del vicio de motivación (artículos 238 de la Constitución provincial y 34, inciso 4, y concordantes del Código Procesal Civil y Comercial de Neuquén (CPCyC).

Aclaró que únicamente cuestiona que, respecto del seguro de vida colectivo adicional, se hubiera incluido en el cómputo final de incapacidad a la afección psíquica-psiquiátrica diagnosticada por la perita psicóloga cuando la misma estaba expresamente excluida de cobertura conforme lo establecía la cláusula 7°.

Expuso que si bien la Cámara de Apelaciones invocó diversos argumentos, éstos resultarían generales, dogmáticos y carentes de sustento o anclaje en las particularidades de la causa, situación que -dijo- tornaría al fallo arbitrario.

Además, insistió en que la explicación brindada sería tan genérica que podría justificar la declaración de invalidez de cualquier cláusula que delimite o excluya un

determinado riesgo de cobertura pactada en cualquier póliza o ramo. De allí que -sostuvo- la motivación sería aparente.

Luego, denunció que el fallo se asentaría en premisas falsas y en afirmaciones no probadas que lo tornarían nulo, debiendo el juzgador atenerse a las pautas que surgen de la póliza de seguro y del pliego licitatorio de la causa.

Por otro lado, expuso que no resultaba aplicable al caso la doctrina "Cifuentes" ni el caso "Almeida" porque en ellos la parte actora desconocía los términos de la póliza, por haberse efectuado un traspaso de cartera de una cobertura mayor a una más restringida. Cuestión que -agregó- no ocurre en los presentes desde que el actor suscribió el 25/04/16 la solicitud de seguro colectivo y anexos de las condiciones de la póliza, por lo que conocía expresamente sus términos.

Asimismo, enunció que la afección psiquiátrica era perfectamente delimitable y, por lo tanto, posible de pactar por cuanto su segmentación resultaba lícita. Sostuvo que no se estaría ante una "duda razonable", en tanto no se daría el supuesto de imprecisión conceptual de la cláusula ni dudas en torno a su oponibilidad como tampoco se encontraría probado que el actor tuviera contratada originariamente una cobertura mayor ni que él y su familia se encuentren desguarecidos. Citó los precedentes "Bastía" y "Cid Rosa" de este Tribunal Superior de Justicia.

Recordó que, en el caso, sin la incapacidad psicológica-psiquiátrica no se llega al 66%, dado que corresponde excluir los factores de ponderación. Además, adujo que no se vislumbraría una violación a la Ley N° 24240 puesto que la cuestión se vincula al riesgo asegurado y a la ecuación económica del contrato.

Por último, respecto a la fecha de inicio del cómputo de los intereses en ambos seguros, sostuvo que la



Cámara de Apelaciones incurrió en falta de motivación porque la mora de la aseguradora correspondía situarla en el momento en que debió pagar porque hasta ese instante no hay incumplimiento alguno.

Por ello -añadió- no se puede cargar a su parte con la imposición de intereses moratorios previos, conforme se desprende de los artículos 49, 50 y 51 de la Ley de Seguros (LS). Explicó que este es el criterio de la Cámara de Apelaciones de Neuquén en la causa "González" y de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- en los expedientes "Cayul" y "Seguel".

Sostuvo que, en el caso, al no haberse cumplido con el pedido de información complementaria, la mora debía situarse en la fecha en que se contestó la demanda, dado que recién ahí se evidenció la voluntad de la aseguradora de rechazar la demanda.

8. A su tiempo, el actor respondió el planteo y postuló el rechazo de la vía extraordinaria intentada.

II. Relatados los antecedentes expuestos, corresponde ingresar al tratamiento de la cuestión aquí traída.

1. Al fundar el recurso de Nulidad Extraordinario, la recurrente alega arbitrariedad de la sentencia derivada del vicio de motivación.

Cabe destacar que la hipótesis esgrimida como configurante de la nulidad del fallo impugnado se encuentra contemplada por el artículo 18 de la Ley ritual N° 1406, que establece que *"... en casos de quebrantamiento de las formas esenciales prescriptas para la sentencia y cuando el pronunciamiento de las Cámaras de Apelación haya omitido lo preceptuado por el artículo 166 segundo párrafo de la Constitución Provincial [conforme el antiguo texto, hoy 238]. También procederá cuando se hubiere omitido decidir cuestiones esenciales sometidas por las partes de modo*



expreso y oportuno al órgano jurisdiccional, cuando la sentencia fuere incongruente, o no tuviera sustento suficiente en las constancias de autos, o dictadas respecto de quien no fue parte en el proceso, o resolviere sobre cuestiones ajenas a la litis, o que se hallaren firmes ...”.

Este Tribunal ha sostenido que a través de dicho precepto han quedado comprendidas, según la célebre clasificación de Genaro Carrió, las trece causales de arbitrariedad susceptibles de descalificar el acto jurisdiccional -sólo se excluye la arbitrariedad por absurdo, propia del recurso por Inaplicabilidad de Ley- y que dicho autor agrupa de la siguiente forma: a) concernientes al objeto o tema de la decisión; b) concernientes a los fundamentos de la decisión; y c) concernientes a los efectos de la decisión (cfr. Acuerdos N° 11/00 “Valenzuela”, N° 53/13 “Tizzano” y N° 1/14 “Comasu”, del registro de la Secretaría Civil).

También se ha dicho que dos son los aspectos -como mínimo- a tener en cuenta en el juicio de procedencia de un recurso que persigue la invalidación.

Por un lado, no perder de vista que la nulidad es el último remedio al que debe apelarse entre las múltiples soluciones que brinda el mundo jurídico. Y que, por ello, es pasible de un análisis riguroso a la luz de una interpretación restrictiva.

Y, por otro, la finalidad misma del recurso extraordinario de nulidad, que consiste en resguardar las formas y solemnidades que constitucionalmente debe observar la judicatura en sus sentencias, de modo tal que ellas no sean deficientes o nulas por poseer algún vicio que así las torne (cfr. Acuerdos N° 14/11 “Cona” y N° 27/13 “Salina”, entre otros, de idéntico registro actuarial).



Con ello, "... además de observarse la línea principal de política que no aconseja la recepción de la nulidad sino en supuestos límites, se preserva el principio de conservación y la actividad jurisdiccional computable, dándose así una más beneficiosa respuesta a las finalidades que conlleva el servicio ..." (Acuerdo N° 14/11 "Cona" -ya citado-, del registro de la Secretaría Civil).

2. La recurrente alega vicios en los recaudos de motivación, fundamentación aparente, dogmática y sin anclaje en las constancias de la causa.

Si bien las hipótesis esgrimidas como configurantes de la nulidad del fallo impugnado se encuentran contempladas por el artículo 18 de la Ley N° 1406, en el caso bajo estudio, a poco de ahondar en el análisis de la pieza casatoria, se advierte que la quejosa ha apelado a una deficiente técnica recursiva. Ello así, por cuanto en la pretendida queja no se fundamentan las causales esgrimidas a través del remedio deducido sino que el ataque se concentra en la alegada infracción a las pautas que surgen de la póliza de seguro (clausula N° 7) y del pliego licitatorio que le da causa, planteando la recurrente su distinta interpretación respecto del contrato de seguro y de las cláusulas limitativas que éste último impone, a la par que pretende la aplicación de ciertos precedentes de este Tribunal Superior de Justicia y de la misma Cámara Provincial de Apelaciones, cuestiones todas éstas que son impropias del recurso deducido.

En ese sentido, este Tribunal Superior de Justicia ha considerado que "... cuando se advierte, como se dijera, que la alegación de las causales de nulidad denunciadas sólo ponen en evidencia una diversa interpretación legal de las normas de aplicación que formaron la convicción de los magistrados de Alzada, el libelo casatorio incumple el recaudo de la debida

fundamentación ...” (Acuerdo N° 23/15 “Provincia del Neuquén”, del registro de la Secretaría Civil).

Pues, “... el acierto de una decisión resulta ajeno al recurso extraordinario de nulidad y su revisión debe obtenerse por vía del de inaplicabilidad de ley ...” (cfr. Resolución Interlocutoria N° 227/15 “Provincia del Neuquén”, de idéntico registro).

3. En síntesis, no se constata la indebida motivación de la sentencia en tanto los agravios que trae la quejosa a esta instancia resultan insuficientes para conmovir los argumentos expuestos por la Cámara de Apelaciones e importan -en rigor- una discrepancia con la determinación fijada por la judicatura en una tarea que le está reservada.

4. Más allá de lo expuesto, cabe señalar que el suscripto se ha expedido sobre los temas traídos en casación en la causa “Baldes, Nuria Doralisa c/ Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ cobro de seguro de vida” (Acuerdo N° 08/24).

En dicha causa se siguió la postura sustentada en el Acuerdo N° 46/10 “Géliz”, reproduciéndose la línea argumental allí desarrollada que llevó a este Cuerpo a propugnar la función social, finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de los seguros de vida colectivo, en sus versiones obligatorio y adicional.

También se dijo que la Alzada había reconocido la existencia de la incapacidad denunciada, porcentaje y extensión del riesgo, pero había resuelto con absoluto apego a la literalidad de las cláusulas contractuales. Y que la incapacidad laborativa era el presupuesto fáctico que debía concurrir para que el beneficiario tenga derecho a las prestaciones previstas en un seguro de vida por incapacidad.



Luego, se hizo mención del precedente "Géliz", extractando que el seguro de vida obligatorio debe ser situado en el ámbito laboral, en tanto su objeto consiste en cubrir toda la gama de contingencias y necesidades que afectan individualmente a un sujeto y sus efectos se proyectan socialmente.

Se agregó que similares reflexiones resultaban aplicables al seguro de vida adicional contratado pues, si sus estipulaciones se hallan vinculadas con el contrato de trabajo, se está en presencia, sin duda alguna, de un seguro que debe ser situado también dentro del ámbito del derecho laboral. Ello, por su innegable naturaleza tuitiva y protectora destinada a resguardar al trabajador y a sus causahabientes, en caso de producirse el siniestro que dé lugar a la protección del riesgo cubierto.

Sentado ello, se consignó que las contingencias cubiertas son la muerte y la incapacidad total y permanente y que, frente al reclamo indemnizatorio del asegurado, corresponde verificar si alguna de aquéllas se había producido, pues su ocurrencia generaba el derecho a la indemnización en cabeza de la beneficiaria.

En este marco, se constató que los accionantes estaban incapacitados en forma total para continuar trabajando; empero, la Cámara de Apelaciones, en contra de lo que esos elementos arrojaban, concluyó en que la incapacidad de los actores no resultaba indemnizable en razón de la oponibilidad de las cláusulas limitativas de exclusión de cobertura. Conclusión a la que arribó -se dijo- en razón del apego irrestricto a la literalidad de dichas cláusulas limitativas.

También se reafirmó en sendos antecedentes que, por la finalidad tuitiva, naturaleza alimentaria de esta clase de seguros y su función social, la Cámara de Apelaciones se apartó del principio por el cual, en caso de

duda razonable, corresponde rechazar el desconocimiento de los derechos del asegurado, apartándose de la literalidad de los términos contractuales.

Posteriormente, se aclaró que si bien la Ley N° 17418 no contiene directivas de interpretación, a partir de la sanción de la Ley N° 24240, se cuenta con las directrices específicas para interpretar los contratos por adhesión, como son los artículos 37 y 65 que establecen la exégesis a favor del consumidor y el orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas.

Así se concluyó que los contratos de seguros de vida no pueden ser reglados de modo tal que desnaturalicen y contraríen su aludida función social y que si se aplican las limitaciones y exclusiones de cobertura previstas en la póliza se estaría negando la propia existencia de este instituto de corte netamente social y con expresa consagración constitucional, con la consiguiente lesión a dicho ámbito normativo.

Sumado a lo expuesto, se dijo que la situación se agravaba aún más si se tiene en cuenta que el seguro colectivo se celebra entre el tomador y el asegurador y el asegurado no interviene ni influye en el contenido contractual; es decir, resulta ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, consecuentemente, de sus exclusiones.

Por esto, se consideró indispensable que los actores como mínimo conozcan el contenido del contrato y todas las modificaciones que se le introduzcan a través de una información clara y precisa. Cuestión que se entendió como no probada por la aseguradora ante la nula prueba en torno a la entrega del certificado de incorporación.

Todas estas proposiciones se reforzaron con el argumento de que el ser humano es único, que funciona como un organismo total, como una realidad sustantiva con notas

constitutivas psico-orgánicas, no divisibles, atributos propios y esenciales de la persona humana.

También se indicó que una interpretación contraria controvierde los principios elaborados a partir de los artículos 14 bis de la Constitución nacional, 38 de la Constitución provincial y, especialmente, lo dispuesto en los diversos tratados internacionales de derechos humanos, cobrando -en estos últimos- particular relevancia los principios hermenéuticos de justicia social (pro justicia socialis) de interpretación y aplicación de la norma más favorable a la persona humana (*pro homine*), de progresividad de los derechos y de no regresividad. Asimismo, se señaló que estas pautas son coadyuvantes del principio protectorio, por cuanto están orientadas a dar preferencia a la interpretación que con mayor efectividad resguarde los derechos humanos involucrados.

En este marco, se concluyó que se deben rechazar las interpretaciones restrictivas y privilegiar la interpretación extensa a favor de quienes las normas, a través de esta herramienta de la Seguridad Social, buscan proteger.

5. Consecuentemente y sentado lo expuesto, considero entonces que la sentencia que aquí se recurre, presenta una argumentación razonable, suficiente y en línea con la posición que se sostuviera en similares precedentes.

No encuentro que los agravios expuestos por la recurrente resulten aptos para conmover los fundamentos expuestos por los sentenciantes en la sentencia recurrida, la cual se nutre de los antecedentes de este Tribunal que anteriormente se citaran. Consiguientemente, dicha circunstancia me lleva a propiciar la improcedencia de la vía casatoria intentada.

6. Si bien considero que en todo contrato de seguro de vida se debe tener en cuenta la delimitación de



los riesgos asumidos pues, sostener lo contrario, implicaría debilitar la ecuación económica del contrato; no es menos cierto que debe imponerse el diálogo de fuentes entre los distintos microsistemas normativos para lograr una solución armónica de las diferentes situaciones jurídicas.

La Ley N° 17418 (LS) es complementaria del CCyC y ello surge expresamente del artículo 5 del CCyC y, en tal carácter, debe conjugarse con los principios generales del código y sus normas indisponibles. El contrato de seguro de consumo queda enmarcado en las disposiciones específicas de dicha categoría contractual y por ende son exigibles a las aseguradoras, en tanto proveedoras, los deberes, cargas, obligaciones y responsabilidades establecidos en el artículo 42 de la Constitución nacional, Ley N° 24240 (LDC) y artículos 1092 y siguientes del CCyC.

7. Con arreglo a la doctrina adoptada por este Cuerpo -y que fuera extensamente desarrollada-, las cláusulas en los seguros de vida colectivos exigen una "incapacidad total y permanente" del afectado y ellas no deben ser entendidas con un rigor que conduzca, en la práctica, a la eliminación del beneficio al que se dirige. Más aún, si nos encontramos ante contratos de adhesión con cláusulas predispuestas en las que el asegurado, a pesar de su condición de destinatario final de la prestación de la aseguradora, no participa ni le es factible influir en el contenido contractual de las condiciones generales y particulares de la negociación.

8. Se reitera que los agravios vertidos por la aseguradora no son hábiles para conmovir los fundamentos de la sentencia, ya que no logran acreditar la insuficiencia de la fundamentación brindada.

La Cámara de Apelaciones ha elaborado una exégesis de sus postulados extensiva con los principios



rectores del derecho consumeril, del derecho previsional y laboral, haciendo foco en la naturaleza propia de los seguros colectivos de vida y su conexión constitucional y convencional. En este aspecto, cobra especial relevancia la protección constitucional que recae sobre el actor en su doble faceta de trabajador y consumidor y, en particular al tratarse de una persona en condiciones de vulnerabilidad en virtud de la incapacidad padecida. Y, en este marco, el deber de información alcanza una trascendencia sustancial.

Las razones apuntadas se afincan en apreciaciones personales de la recurrente, disímiles de las sostenidas en la sentencia impugnada como base de la decisión final arribada, lo que resulta insuficiente para considerar cumplido el recaudo analizado. Es decir, el planteo de la quejosa parte de una interpretación literal de la póliza, desprovista de un análisis comprensivo del derecho del consumidor, del trabajo y de la seguridad social. Y, por tal razón, es que no se vislumbra el déficit de motivación que se alega en el recurso bajo análisis.

9. Tampoco resulta acertada la remisión que efectúa la quejosa a las inadmisibilidades decretadas en las causas "Bastías" y "Cid" (Resoluciones Interlocutorias N° 21/20 y N° 83/20, del registro de la Secretaría Civil) con el fin de documentar que este Tribunal habría convalidado la exclusión de cobertura con sustento en la cláusula N° 7 de la póliza contratada.

Ello así, en tanto este Cuerpo, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley N° 1406, efectúa un análisis meramente formal a fin de determinar si se encuentran cumplidos los recaudos legales que posibilitan la apertura de la instancia extraordinaria local. De allí que, en la aludida etapa procesal, no puede ni debe expedirse acerca de la cuestión de fondo planteada.



Por lo que mal puede entenderse que en los antecedentes señalados este Tribunal ha resuelto el fondo del debate propuesto como para sostener que habría violación a su doctrina.

9. En otro orden de cosas, cabe recordar que es insuficiente el recurso de Nulidad Extraordinario que tiende a poner en tela de juicio la interpretación que ha hecho la judicatura de grado del alcance y contenido de determinado contrato, como asimismo de la conducta de las partes contratantes, pues tales cuestiones solo podrían ser materia de revisión por el carril casatorio de Inaplicabilidad de Ley y en caso de que se invocara y demostrara que dicha tarea del Tribunal ha sido producto de una valoración manifiestamente irrazonable del negocio que instrumenta ese contrato (cfr. Acuerdo N° 14/16 "Vázquez", del registro de la Secretaría Civil).

En esta senda, la Corte bonaerense ha expuesto que *"... la valoración de las pruebas y, en general, de las circunstancias de la causa, así como la interpretación del sentido, alcance y consecuencias jurídicas de las cláusulas del contrato de seguro constituye materia propia de las instancias ordinarias y son temas ajenos al ámbito de la casación, salvo que se demuestre acabadamente que se ha incurrido en absurdo ..."* (cfr. SCBA, Acuerdos N° 57.691, sentencia del 20/02/96 y N° 53.687, sentencia del 22/03/94; citados en Resolución Interlocutoria N° 179/10 "Cuevas", del registro de la Secretaría Civil). Cuestión excepcional que, en el *sub-lite*, ni siquiera ha sido denunciada por la aseguradora recurrente.

10. Sumado a lo expuesto, en el caso, no se encuentra controvertido que el actor padezca una incapacidad total, permanente e irreversible de más del 66% para realizar sus tareas habituales. Ese porcentaje fue

determinado en la sentencia de grado de conformidad a lo dictaminado por los informes médico y psicológico.

La demandada no rebate dicha circunstancia sino que desde la instancia de apelación únicamente controvierte que la patología psicológica y/o psiquiátrica que presenta el actor se halla expresamente excluida de la cobertura del seguro de vida colectivo optativo conforme la póliza contratada (cláusula 7°). Por lo que entiende improcedente computarla a los fines de ponderar el riesgo asegurado en la modalidad optativo.

Tampoco rebatió a cabalidad que *"... las cláusulas limitativas que se excluyen son las que producen un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes en perjuicio del consumidor y que desnaturalizan el contrato, es decir el fin perseguido por el contrato. En estos casos, no resultará suficiente cumplir con el deber de información, porque hay un control de contenido de la cláusula, más allá de su inteligibilidad o que el consumidor la apruebe ..."* (fs. 237vta.).

De esa manera, el embate parcial descripto resulta insuficiente para demostrar el vicio de motivación alegado.

Y *"... al no impugnar alguna de las razones utilizadas por aquellos, la decisión del caso puede quedar fundamentada por la no discutida y al quedar incólume hace que la resolución recurrida permanezca firme ..."* (Resolución Interlocutoria N° 89/21 "Salinas", del registro de la Secretaría Civil).

11. Para finalizar, opino que, en el caso particular, resulta por demás discutible la exclusión de las incapacidades generadas por patologías psiquiátricas y/o psicológicas cuando están en juego situaciones en que el componente psicológico o psiquiátrico se corresponde con



una base orgánica, como consecuencia de la integridad psicofísica inescindible que conforma al ser humano.

En estos supuestos se crea en el espíritu de los asegurados la falsa creencia de una garantía inexistente, desnaturalizando las obligaciones de la aseguradora y frustrando la finalidad misma que es propia de este tipo de contratos.

12. Así, el perito médico especialista en medicina del trabajo informó que el actor padece distintas patologías físicas: 1) patología osteoarticular - columna lumbar - discopatías- limitación de la movilidad; 2) patología auditiva: hipoacusia perceptiva bilateral; 3) patología insuficiencia venosa periférica- Estadio II; y 4) patología osteoarticular -limitación funcional de columna cervical- 5) patología oftalmológica -disminución de la agudeza visual-. Por otra parte, la pericial psicológica realizada sostuvo que el accionante padece patología invalidante correspondiente con un trastorno del estado del ánimo, compatible con un cuadro F 32.2. Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos, crónico. Señaló que estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral y en otras áreas de su vida.

13. No puede perderse de vista que la incapacidad total y permanente diagnosticada en el Sr. Vicente Clause se integra con componentes de patología psiquiátrica interactuando con otras de base orgánica, lo que arroja un grado de incapacidad total e irreversible mayor al 66% fruto de la interrelación de la unidad psicofísica inescindible propia del ser humano.

En tal sentido, la licenciada en psicología en su dictamen de fs. 138/144, apuntó que la incapacidad que padece el actor tiene adecuada relación de causalidad con la incapacidad física y que, a la fecha del dictamen

pericial, el actor se encontraba impedido de realizar sus tareas habituales.

14. Si el contrato de seguro de vida colectivo brinda cobertura a la invalidez o incapacitación total del asegurado, considero que no resulta razonable que el núcleo prácticamente absoluto de la gradación de incapacidad se halle constituido exclusivamente por la enfermedad física.

Tal cláusula limitativa desnaturaliza el mismo riesgo asumido por la aseguradora que, en el caso, se efectiviza a raíz de la sumatoria de ambas patologías relacionadas de manera inseparable porque -como se señaló- se desprende de la pericial que la manifestación depresiva se manifiesta a partir de las enfermedades físicas padecidas.

Merece resaltarse lo establecido por los peritos intervinientes en los autos bajo análisis -y que no fuera objetado por la demandada-, en cuanto se señala la imposibilidad del actor de realizar tareas remunerativas ni de poder superar un examen preocupacional (fs. 144 y 150vta.), lo que conlleva a reforzar la interpretación armónica de los hechos y concluir en la configuración de una incapacidad total y permanente del asegurado.

Es que el elemento que define el grado de incapacidad a los efectos del pago del seguro, no está dado por la estimación matemática de la minusvalía sino por la consideración de ella sobre las posibilidades laborales del afectado. Si la incapacidad residual que le queda al damnificado es insuficiente para permitirle la realización de otras labores que le proporcionen los medios de subsistencia adecuados a su condición socioeconómica, ello debe ser indemnizado.

15. Por lo expuesto, carece de razón la recurrente, en cuanto no se ha configurado, en la especie, el vicio de nulidad denunciado. De ahí que la pretensión

recursiva analizada deviene improcedente, confirmándose así lo resuelto por la Cámara sentenciante.

16. Sentado lo que antecede, corresponde analizar la queja referida al cómputo de intereses del capital de condena.

Sobre este punto, la demandada expresa que la sentencia en crisis evidencia falta de motivación al determinar la fecha de inicio del cómputo de los intereses a partir del 30/08/18. Es decir, en una fecha distinta a la que ella considera como denegación del reclamo.

Sostuvo que el asegurado debía cumplir con las cargas informativas y la aseguradora tenía la facultad de verificar y expedirse sobre el pago del capital asegurado. Por lo que al no cumplirse con el pedido de información complementaria, considera que la mora debió situarse en la fecha en que se contestó demanda, ya que recién allí la demandada evidenció su voluntad de rechazar la solicitud.

En este aspecto he sostenido en la citada causa "Baldes" (Acuerdo N° 08/24) que las reglas contenidas en los artículos 50 y 51 de la Ley de Seguros nos llevan a formular que la mora del asegurador opera por el mero vencimiento de los plazos y resultaría nulo cualquier convenio que exonere al asegurador de la responsabilidad por su mora.

Conforme la doctrina de este Tribunal en los casos "Muñoz" y "Monte" (Acuerdos N° 18/14 y N° 47/15) se fijó como fecha de inicio de los intereses la época en que *"... la empleadora tomó conocimiento de la incapacidad que padecía el actor ..."*.

Igualmente, en el antecedente "Ferreyra", y por las particularidades propias del caso, se fijó dicho término en la época en que se determinó la incapacidad en sede administrativa.

En este punto, cabe señalar que resulta correcto -porque corresponde a la causa del contrato- identificar “la notificación de la incapacidad a la empleadora” con el nacimiento del débito de responsabilidad: ya que ahí se constituye el requerimiento del hecho indemnizable (muerte o incapacidad total).

Consecuentemente, es la notificación a la empleadora de la incapacidad que padece el asegurado lo que debe ocurrir dentro de la duración de la relación aseguradora, ya que, a partir de allí, surge implícitamente de manera automática una obligación del asegurador en los límites del contrato celebrado. Véase que, en el presente caso, en idéntica fecha (30/08/18), el actor remitió epistolar a la aseguradora en la que se denuncia el siniestro y se informa la documentación que obra en su poder y la que estaría en resguardo de la empleadora.

Por otra parte, la notificación del rechazo del siniestro por parte de la aseguradora (que esta última pretende diferir al momento de contestación de demanda) sólo representa la voluntad de la compañía de no admitir el mismo, pero no se constituye en la fecha de mora por incumplimiento de la obligación.

Además, cabe advertir que los argumentos de la aseguradora sólo intentan oponer una singular interpretación de las circunstancias de la causa, al diferir con lo resuelto por la Cámara de Apelaciones y la doctrina de este Tribunal Superior de Justicia en materia de cómputo de intereses y sin tener en cuenta que dichas cuestiones resultan propias del ámbito reservado a los jueces ordinarios de la causa y, en principio, ajena a esta instancia extraordinaria siempre y cuando no se demuestre en la especie la configuración de absurdo probatorio, conforme la doctrina de este Cuerpo. Extremo que la



impugnante ni siquiera ha denunciado -ni por ende demostrado- en el caso.

Al cabo de este análisis se concluye que la presentación casatoria articulada no resulta suficiente para lograr la apertura de la revisión extraordinaria procurada.

17. Por último, cuadra reiterar que las exigencias antedichas no son solemnidades innecesarias ni arcaísmos sacramentales que hayan perdido su justificación procesal, sino que responden a la necesidad de no restarle al recurso su carácter extraordinario, que impone el previo cumplimiento de presupuestos inexcusables para evitar que en la práctica se concluya por desvirtuarlo.

18. En suma, propongo al Acuerdo declarar improcedente el recurso de Nulidad Extraordinario incoado por la aseguradora recurrente.

III. Que, con relación a la tercera de las cuestiones planteadas y sometidas a escrutinio en este Acuerdo, las costas de esta instancia serán a cargo de la parte recurrente vencida (artículo 12, Ley Casatoria).

IV. Por todo lo expuesto, de conformidad con el dictamen de la Fiscalía General Subrogante, propongo al Acuerdo: **1) DECLARAR IMPROCEDENTE** el recurso de Nulidad Extraordinario deducido por la aseguradora demandada - Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- (fs. 244/262vta. y de idéntico tenor fs. 264/282vta.) y, en consecuencia, **CONFIRMAR** la sentencia de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- (Sala I), con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 232/239vta). **2)** Las costas en esta etapa serán a cargo de la recurrente vencida (artículo 12, Ley Casatoria). **3) REGULAR** los honorarios a los letrados intervinientes en esta etapa, en un 25% de lo que corresponde por su actuación en primera instancia (artículos 15 y concordantes, Ley de Aranceles). **4)**

DISPONER la pérdida del depósito realizado conforme constancias de fs. 263, 263vta. y 301vta. -en concordancia con la consulta al sistema *homebanking* de esta Secretaría Civil- (artículo 10, Ley N° 1406). **VOTO POR LA NEGATIVA.**

V. El señor Vocal doctor **Roberto G. Busamia**, dijo: Comparto el análisis desarrollado por el Sr. Vocal que antecede, en orden a la improcedencia del remedio de Nulidad Extraordinario incoado por el agravio referido al inicio del cómputo de los accesorios del capital de condena, a la luz de la doctrina de este Tribunal Superior de Justicia en torno a este punto y mi voto coincidente con el del citado Vocal en la causa "Baldes".

No obstante ello, discrepo con los argumentos expuestos en cuanto a idéntico remedio en lo que respecta a la defensa de exclusión de cobertura.

1. Conforme he manifestado en la causa "Jara" (Acuerdo N° 21/23, del registro de la Secretaría Civil), y mantenido en el precedente "Baldes", el punto central del seguro lo constituye el riesgo, evento alrededor del cual giran todos los aspectos de la relación asegurada, toda vez que la responsabilidad del asegurador depende de la realización del siniestro que ampara.

El riesgo ha sido caracterizado como la contingencia o probabilidad de provocar el acaecimiento de un daño a tercero y su fundamento radica en la incorporación al medio social de un elemento dotado de peligrosidad. Por ello, el riesgo debe ser cuidadosamente individualizado y precisado.

La exclusión de cobertura -o no seguro, o no garantía- importa la limitación o exclusión del riesgo. Esto significa que al no entrar la hipótesis en las previsiones contenidas en el contrato, el asegurador no se halla obligado a garantizarlo. Como correlato de ello, el asegurado carece de derecho a exigir el pago de las

consecuencias dañosas de un siniestro porque el evento no se halla cubierto contractualmente, no ha sido tomado a su cargo por el asegurador ni ha percibido prima por garantizarlo.

Son supuestos que forman parte de la determinación del riesgo, lo que significa que, al momento del perfeccionamiento del contrato deben identificarse los hechos que puedan realizar el riesgo y, con ello, generar la obligación principal a cargo del asegurador.

En este punto, la buena fe comercial aparece aquí en toda su magnitud. Más allá de los límites temporales y territoriales, el asegurador exige la existencia de determinadas situaciones para brindar la cobertura. Éstas se relacionan en forma directa con la limitación del riesgo amparado (cfr. Acuerdo N° 14/16 "Vázquez", del registro de la Secretaría Civil).

A su vez, las exclusiones de cobertura pueden tener fuente normativa o convencional, es decir, pueden estar formalmente establecidas por ley o estipuladas expresamente en la póliza (cfr. Rubén Stiglitz, Derecho de Seguros, Bs. As., La Ley, 6ta. edición actualizada y ampliada, 2016, T. I, p. 320).

En el supuesto de base convencional, se trata de hipótesis en que, formal y expresamente, se han excluido de la garantía los siniestros verificados en los casos negocialmente previstos. Esto último es aceptado doctrinariamente como exclusión directa: son aquellos casos en que el asegurador, explícitamente y a través de una fórmula negativa declara no cubrir el siniestro.

Además, la cláusula de exclusión de cobertura o de no seguro o no garantía no atribuye directamente derechos ni impone obligaciones, sino que su función consiste en describir el ámbito dentro del cual el seguro brindará su amparo. Dichas cláusulas son esencialmente

descriptivas, marcando el área de aseguramiento mediante la mención de inclusiones y exclusiones, definiendo el ámbito operativo del contrato.

En suma, se trata de un concepto íntimamente ligado a la individualización y delimitación del riesgo, como etapas de un mismo proceso, el de su determinación.

2. En la especie, el seguro de vida colectivo se encuentra instrumentado en dos modalidades: 1) Seguro de Vida Colectivo obligatorio (Póliza N° 286950); y 2) Seguro de Vida Colectivo optativo (Póliza N° 287099).

Para el obligatorio la cobertura básica es por muerte por cualquier causa y las coberturas adicionales son por incapacidad total y permanente por enfermedad y/o accidente. Incapacidad parcial y permanente por accidente. Muerte accidental e indemnizaciones por pérdidas parciales por accidente (anatómicas y/o funcionales).

Para el optativo se establece que la cobertura básica es por muerte por cualquier causa y las coberturas adicionales son por incapacidad física total permanente e irreversible taxativa y muerte accidental e indemnizaciones por pérdidas parciales por accidente (anatómicas y/o funcionales).

Como se puede apreciar, son dos pólizas instrumentadas con coberturas parcialmente diferentes y la aseguradora recurrente solo cuestiona en esta etapa extraordinaria local el alcance del riesgo cubierto en el seguro de vida colectivo con modalidad voluntaria, quedando al margen de la discusión -y, en consecuencia, firme- la condena dispuesta en la anterior instancia respecto del seguro de vida colectivo obligatorio.

Ahora bien, como se dijo anteriormente, la Póliza N° 287099 fija como *coberturas adicionales*: "... la *incapacidad física, total, permanente e irreversible taxativa* y la *muerte accidental e indemnizaciones por*



pérdidas parciales por accidentes (anatómicas y/o funcionales)´ ...”.

Dentro de las cláusulas de incapacidad total y permanente taxativa se delimita el riesgo cubierto (cláusula 1°) circunscribiéndolo como *“... un estado de incapacidad física total permanente e irreversible no pasible de ser revertido por tratamientos médicos y/o quirúrgicos con prescindencia de su ocupación y/o profesión y que deba manifestarse en forma ininterrumpida por seis meses como mínimo y haberse instalado durante la vigencia de la cláusula adicional y antes de que el asegurado exceda la edad establecida ...”.* A continuación, se definen las incapacidades totales y parciales y los porcentuales cubiertos (cláusulas 2° y 3°). A partir de la cláusula 6° se delimitan los riesgos no cubiertos por el presente contrato, puntualizándose en la cláusula 7° como exclusiones específicas: *“... además de las exclusiones que establece el artículo 5 [en rigor, 6] Riesgos no Cubiertos - Exclusiones, de las Condiciones Generales de la Cobertura Básica, quedan excluidas de la cobertura que otorga esta cláusula las consecuencias de:*

- a) enfermedades profesionales*
- b) patologías psiquiátricas y/o psicológicas ...”.*

3. En razón de que 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 participa ni le es factible influir en el contenido contractual de las condiciones particulares, ya que resulta innegable, dada la formación del contrato de seguro, jamás participará en la creación del contenido de las condiciones generales ni podrá influir en su texto. Ello significa que es ajeno a la discusión sobre el alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por ende, de las exclusiones de cobertura. Por esta razón,



resulta imperioso que, como mínimo, conozca el contenido del contrato -y las posibles modificaciones que se produzcan- todo ello a través de una información clara y precisa (cfr. Stile, Enrique M., "Seguro colectivo de vida", RCyS 2006, 107, LA LEY AR/DOC/1634/2006).

Lo antedicho pone de resalto que el deber de información cobra, en estos contratos, una importancia decisiva. Ya que como mínimo, el asegurado/beneficiario debe conocer el alcance de la cobertura, los riesgos cubiertos y, especialmente, los excluidos.

4. Este Tribunal Superior de Justicia ha remarcado la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos como el de autos, dado que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas. Especialmente, en supuestos en que se invocaban cláusulas de exclusión o limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con consecuente afectación de los asegurados (cfr. Acuerdo N° 17/21 "Bruna", del registro de la Secretaría Civil).

5. Conforme este marco conceptual -desarrollado en los antecedentes antes citados ("Jara" y "Baldes")- y en la exégesis de la cláusula de exclusión (cláusula 7°) antes transcripta, se constata que su redacción ha sido sencilla, clara y precisa, resultando fácilmente entendible que no se encontraban dentro del riesgo cubierto las "*patologías psiquiátricas o psicológicas*". A la claridad también se le suma la legibilidad, ya que se ha dispuesto en una cláusula separada, con un título resaltado en negrita con la denominación de "Exclusiones específicas" y delimitando los dos supuestos en acápites diferenciados para una más llana lectura. Si bien es una cláusula potencialmente lesiva para el beneficiario, ella ha sido redactada con una impresión

fácilmente advertible en el contexto general del documento negocial.

Con cita de Rubén S. Stiglitz se dijo que *"... el principio general dominante en la materia consiste en que, si la exclusión de cobertura es clara y su sentido y alcances no generan dudas, la interpretación de la misma debe ser literal, restrictiva o estricta. El fundamento está dado en que las exclusiones o limitaciones deben hallarse incorporadas expresamente al documento contractual, por lo que, en caso de duda, sobre la extensión del riesgo, habrá de estarse por la obligación del asegurador. Contribuye a la interpretación restrictiva, el hecho de que las exclusiones formales de cobertura deben individualizarse en el texto de las pólizas, de donde la garantía del asegurador solo puede restringirse por cláusulas expresas, siendo no factible la interpretación analógica o extensiva de las mismas ..."* (aut. cit., *Derecho de seguros*, Bs. As., La Ley, 6ta. edición actualizada y ampliada, 2016, T. I, ps. 296 y ss.).

La cláusula de exclusión de cobertura analizada responde al principio de especificidad que informa toda la temática de la descripción del riesgo. Como antes lo expliqué, resulta clara en su redacción y en su contenido por lo que no se está en presencia de "duda u oscuridad" que deba ser interpretada en favor del asegurado.

En efecto, la judicatura no podría ampliar o restringir la cobertura asegurativa por analogía, ya que solo debe considerarse amparado aquel supuesto que resulte comprendido en la descripción general del riesgo con excepción de aquellos casos expresamente excluidos.

Existe consenso en doctrina en que la extensión del riesgo asegurado y la cobertura, así como los derechos de los beneficiarios, convenidos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente (cfr. López Saavedra,



Domingo M. López, *Ley de Seguros -comentada y anotada-*, Bs. As, La Ley, 2007, ps. 106 y ss.), ya que lo contrario provocaría un grave desequilibrio en el conjunto de las operaciones de la compañía.

6. Paralelamente a lo expuesto, debe señalarse que el formulario de solicitud de seguro colectivo (en su modalidad obligatoria y adicional) fue suscripto al pie por el Sr. Vicente Clause, conforme surge de fs. 54/57vta..

Ello denota que el actor se encontraba en conocimiento del tenor y alcance de la mentada cláusula del seguro colectivo opcional que coloca a los supuestos que describen -en el caso, patologías psicológicas y/o psiquiátricas- fuera del amparo del contrato desde el momento mismo de la suscripción de su adhesión. Y el conocimiento del texto presupone el consentimiento, siéndole oponibles sus términos.

Repárese que, anoticiado el Sr. Vicente Clause de dicha delimitación del riesgo, igualmente suscribió el contrato y se sometió a sus términos sin reparo alguno. Podría haber ejercido la opción de no adhesión al grupo teniendo en consideración la eminente naturaleza voluntaria del seguro que se examina. Empero, al elegir rubricarlo debe atenerse a la base negocial prefijada.

Al respecto, cabe recapitular que, si bien en estos seguros de vida colectivo voluntarios el contratante de la póliza tiene la representación de los asegurados en la negociación de las condiciones del contrato, no ostenta facultades para obligarlos, ya que el asegurado debe ratificar su adhesión al contrato para formar parte de él (cfr. Facal, Carlos José María, "El Seguro de Vida en la Argentina", Bs. As, LexisNexis, 2007, p. 176).

Por ello, en la presente causa se encuentra acreditado el conocimiento expreso del contenido del contrato y sus limitaciones, de idéntica forma a la



acaecida en los expedientes anteriormente fallados por esta Vocalía. A su vez, no estamos ante un caso de traspaso de cartera, con modificaciones en los términos de las exclusiones, ni los términos de la negociación con la empleadora la obligaban a cubrir todos los supuestos de incapacidades.

7. Es propio del contrato de seguros seleccionar los riesgos que se cubren y desechar la cobertura de algunos supuestos que el asegurador o el asegurable no desean amparar para obtener un precio más bajo.

En la generalidad, esa selección de situaciones cuya cobertura se declina está en directa relación con la frecuencia o gravedad de los eventuales siniestros que su inclusión generaría.

Se debe recordar que el asegurador asume voluntariamente riesgos y no está obligado a cumplir todos los supuestos generadores de daños y menos aún en forma ilimitada. Y según sea el riesgo asumido y las prestaciones prometidas en caso de siniestro será el precio que se negocie con el tomador del seguro (artículo 1021, CCyC).

Como lógica consecuencia de ello, una cobertura podrá ser amplia o limitada, atractiva o poco significativa, conveniente o inadecuada, abundante o escasa. Empero, en estos casos no cabe declarar nulas por abusivas a las cláusulas que limitan el objeto del contrato porque ese alcance es el que definieron el asegurador y el tomador al acordar el objeto del contrato. Ellos dejaron fuera de la cobertura algunos supuestos que ya no serán amparados por el asegurador. Y no puede considerarse que se haya desvirtuado el objeto del contrato porque respecto de esos supuestos excluidos no hay promesa de cobertura ni tampoco hubo pago de un precio para adquirir la protección (cfr. Facal, Carlos J. M., "Un fallo trascendente de la

Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires”, TR LA LEY AR/DOC/832/2021).

8. Entonces, despejado lo atinente a la redacción clara y legible de la cláusula de exclusión de cobertura como, asimismo, al debido anoticiamiento que tenía el accionante de la misma, resta analizar -como en los antecedentes anteriormente fallados- si se encuentra probada la patología incapacitante que daba lugar a exigir la cobertura asegurativa en el seguro de vida colectivo opcional.

Como se expresó anteriormente, de una interpretación integral de los términos de la póliza suscripta surge que el riesgo cubierto en el seguro de vida colectivo optativo se encontraba concretamente delimitado en las incapacidades físicas que padezca el asegurado.

En este escenario, corresponde examinar con especial atención los dictámenes periciales producidos en la causa (médico y psicológico), los cuales resultan concluyentes respecto del tipo de afecciones y porcentajes de incapacidad atribuibles al actor.

El perito médico informó que el actor padece distintas patologías físicas: 1) patología osteoarticular-columna lumbar- discopatías- limitación de la movilidad; 2) patología auditiva: hipoacusia perceptiva bilateral; 3) patología insuficiencia venosa periférica- Estadio II y 4) patología osteoarticular -limitación funcional de columna cervical- 5) Patología oftalmológica -disminución de la agudeza visual-. Total de incapacidad: 58,33%.

Por otra parte, la pericial psicológica realizada sostuvo que el accionante padece patología invalidante correspondiente con un trastorno del estado del ánimo, compatible con un cuadro F 32.2. Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos, crónico. Total incapacidad psicológica: 40%.



De la valoración de las pericias antes reseñadas conjuntamente con las cláusulas del seguro de vida colectivo optativo se desprende -tal como expone la demandada- que las dolencias físicas sufridas por el actor no alcanzan el porcentaje de incapacidad mínimo para tener por configurado el daño indemnizable (58,33%).

Véase al respecto que, sin la incapacidad psicológica y/o psiquiátrica, el asegurado no alcanza el porcentaje de incapacidad permanente y total requerido por el contrato.

Ello en razón de que la patología psiquiátrica y/o psicológica incide en un 40% en la invalidez del interesado y, ante la clara exclusión de cobertura que aparece, impide -en el caso- considerarla como parte integrante del mínimo para tener por configurado el daño indemnizable, esto es el 66%.

Es que -como se dijo-, dichos padecimientos no configuran el riesgo cubierto, en tanto se originaron, en gran medida, en dolencias que fueron excluidas, configurándose en el caso, un supuesto de "no seguro" o "no garantía".

9. Además, conforme lo sostenido por la demandada desde la contestación de demanda y reiterado en la etapa probatoria (fs. 86) y en las instancias recursivas (fs. 213vta./214), no corresponde hacer operativo los factores complementarios que prescribe el Decreto N° 478/98.

El presente contrato hace referencia en su articulado a un procedimiento específico para determinar la incapacidad del beneficiario. Cuenta con un procedimiento propio para el cálculo de la incapacidad, el que si bien adscribe al método de la capacidad restante de la Ley de Riesgos no contiene los factores de ponderación del Baremo N° 659/96 ni dispone la aplicación de las disposiciones del Decreto N° 478/98 de la Ley N° 24241.

Tal como surge de la pericia médica mencionada, el trabajador padece diferentes minusvalías parciales y permanentes. Dicha circunstancia implica la necesidad de realizar el cálculo de la manera en que se prescribe en el apartado respectivo de la póliza acompañada (3° "INCAPACIDADES PARCIALES" -fs. 48-) que regula el método específico de cálculo. Esto a los fines de fijar la incapacidad total a considerar respecto de los términos asegurativos.

Amén de lo expuesto, considero que la aplicación literal de esta cláusula no conllevaría una desnaturalización del contenido del contrato de seguro desde que la adición de dichos factores tales como los de ponderación o complementarios se encuentran previstos específicamente para sistemas concretos (riesgos de trabajo y sistema de jubilaciones y pensiones). Por consiguiente, dichas variables no pueden ser trasladadas en forma analógica sin más a este tipo de reclamos.

En este punto, debo señalar que las pretensiones por cobro de seguros como el que nos ocupa y las derivadas del régimen jubilatorio o de riesgos del trabajo, por ser de diversa naturaleza jurídica, se rigen por reglas procesales y principios de derecho de fondo que le son propios e independientes.

Pues, conforme he dicho en otra oportunidad, "*... la incapacidad prevista por las leyes previsionales se basa en presupuestos diferentes a los exigidos por el seguro ...*" (cfr. Acuerdo N° 33/22 "Pino", del registro de la Secretaría Civil).

En consecuencia, tomando en consideración que a los fines de fijar la incapacidad asegurada solo debe aplicarse el método de la capacidad restante, se observa que el actor no supera ese 66%. De ahí que no se alcanza el grado de minusvalía fijado en el contrato de seguro como



para calificar la incapacidad del Sr. Vicente Clause como total, permanente e irreversible. Esto en razón de que el perito médico, sin tener en cuenta los factores complementarios, determinó ese porcentual en un 58,33% (conforme surge de fs. 150vta.).

10. En este contexto, la sentencia pronunciada por la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior- exhibe un claro error de motivación porque amplía la garantía asegurativa al incorporar patologías psiquiátricas y/o psicológicas que se encontraban *ab initio* excluidas de cobertura, en contraposición a expresas cláusulas contractuales.

El asegurador solo se halla obligado a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto (artículo 1, LS) en el marco del riesgo debidamente individualizado y por el cual se pagó un precio determinado.

La existencia de un contrato de seguro de vida colectivo opcional que cubra los supuestos de incapacidad (por accidente o enfermedad) no importa que todos ellos sean riesgos cubiertos, conforme se desprende claramente de las cláusulas de exclusión de la cobertura, ya que el contenido de la póliza es ley para las partes y ello entra dentro de las facultades propias del contratante del seguro.

11. Obligar a las compañías a cubrir un riesgo excluido, sin que se hubiere percibido prima por ello, es ni más ni menos que afectar la solvencia de todo el sistema, produciendo un desequilibrio en el conjunto de las obligaciones.

La prima es determinada en función de cálculos actuariales que tienen en cuenta criterios de frecuencia (el número de veces que el siniestro se produce) e intensidad siniestral (el daño económico que produce), y



que necesitan inexorablemente considerar no sólo un tope indemnizatorio, sino también los riesgos cubiertos con el fin de poder cuantificar la prima y asegurar la suficiencia de la masa para hacer frente a las indemnizaciones.

12. La función social del seguro no varía la conclusión a la que se arriba, pues los principios de la seguridad social o los atinentes a la rama consumeril no implican que se deba reparar todo daño sin consideración alguna de las pautas contractuales pactadas como es, en el caso, las exclusiones expresas de cobertura. Pretender que se incluyan en la cobertura asegurativa las patologías psiquiátricas y psicológicas sería predicar un cambio cualitativo esencial de la naturaleza de esa cobertura, con modificación de su operatoria, objeto y efectos sustanciales.

El derecho de seguros cuenta con elementos de convicción suficientes como para evitar la recurrencia analógica a otros terrenos normativos o a otras ramas del derecho. Estas, si bien tienen aportes potenciales en la determinación de la incapacidad total y absoluta, son solo coherentes con principios propios de cada disciplina. El sistema asegurador tiene también su técnica en la determinación de las primas y en la estimación cuantitativa de las indemnizaciones y este marco referencial es el básico a los fines de la subsistencia del sistema. El seguro supone la aplicación del cálculo actuarial una ponderación de extensión, intensidad, frecuencia del riesgo y la conformación de las reservas técnicas y matemáticas esenciales a fin de hacer frente a los siniestros. La incursión de principios normativos a este ámbito de seguros es un factor de desestabilización que no preserva la autonomía normativa y quebranta el sistema vulnerando la seguridad jurídica que debe primar entre las partes (cfr. De Diego, Julián A., "Incapacidad total y permanente en los



seguros de vida colectivo y la extensión del concepto", La Ley AR/DOC/357/2001).

13. Este enfoque ha sido desarrollado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso "Buffoni" (Fallos: 337:329), donde se estableció que el asegurador no debe responder más allá de las condiciones pactadas en la póliza, recordando, enfáticamente, que los contratos son ley para las partes. Dijo la CSJN que "... *El contrato de seguro rige la relación jurídica entre los otorgantes (artículos 1137 y 1197, Código Civil de Vélez Sarsfield) ... Demostrados los presupuestos fácticos y la existencia de la cláusula de exclusión de cobertura, no hay razón legal para limitar los derechos de la aseguradora, por lo que corresponde revocar la decisión sobre el punto ...*".

Dicha doctrina fue nuevamente destacada en el caso "Flores" (Fallos: 340:765). La CSJN indicó que "... *La libertad de contratación está protegida constitucionalmente y nadie puede, so pretexto de un perjuicio ético o patrimonial, entrometerse en la esfera de la autonomía de quien ha celebrado un contrato ...*". En ese pronunciamiento, el Sr. Ministro Rosenkratz, abundando en los argumentos constitucionales, agregó que "... *la propiedad tiene protección constitucional (artículo 17, Constitución Nacional) y ella se extiende a los derechos que nacen de los contratos (Fallos 137:47; 294:152; 304:856; 331:2006, entre otros) ... Las consideraciones expuestas se ajustan, asimismo, a los precedentes de esta Corte según los cuales no es posible imponer obligaciones a la aseguradora más allá de los términos pactados en la póliza, pues como se dijo, la ley establece que el contrato es la fuente de las obligaciones y en dicho instrumento se determinan los alcances y límites de la garantía debida ...*" (Fallos: 319:3489 y 322:653).



14. Por todo lo expuesto, si la cláusula exonerativa del riesgo es clara y fue debidamente conocida por el asegurado deberá ser aceptada y acatada. El contrato debe ser respetado en su redacción, ya que los derechos resultantes de las convenciones suscriptas integran el derecho de propiedad de los contratantes (artículo 965, CCyC). Ni el derecho consumeril ni el fin social han suprimido las demás garantías constitucionales y un diálogo de fuentes sólido no importa arrasar con la libertad contractual ni con el derecho de propiedad.

Por el contrario, la sentencia de la anterior instancia, al conceder el presente seguro de vida optativo más allá de sus claros términos pactados, incurrió en arbitrariedad por deficiente fundamentación al apartarse de los términos claros y precisos del contrato suscripto y, por sobre todo, por no valorar la estructura técnico-económica sobre la que se sostiene la actividad aseguradora, desentendiéndose del análisis de la esencia técnica del seguro como forma de financiar los riesgos.

Ha sostenido nuestra Corte Federal al respecto que *"... Para resguardar las garantías de la defensa en juicio y debido proceso es exigible que las sentencias estén debidamente fundadas tanto fáctica como jurídicamente y de tal modo constituyan una derivación razonada del derecho vigente con aplicación a las concretas circunstancias de la causa, sin que basten a tal fin las meras apreciaciones subjetivas del juzgador ni los argumentos carentes de contenido ..."* (Fallos: 327:5456).

15. Entonces, propongo al Acuerdo declarar procedente el recurso de Nulidad Extraordinario articulado por la parte demandada, por vulnerar los recaudos de debida fundamentación en lo que respecta a la cláusula de exclusión de cobertura e improcedente respecto del restante

agravio invocado (inicio del cómputo de los intereses), conforme la adhesión formulada al voto preopinante.

16. De acuerdo a lo prescripto por el artículo 21 de la Ley N° 1406 y conforme el análisis efectuado precedentemente, corresponde recomponer el litigio y dictar un nuevo pronunciamiento sobre las cuestiones que fueron propuestas en casación.

De seguido, se han de considerar únicamente los agravios vinculados al acogimiento del seguro de vida colectivo opcional. Tales cuestionamientos se remiten a los mismos puntos que ya han sido abordados y debidamente examinados más arriba al tratar la primera de las cuestiones que abren este Acuerdo, por lo cual deben tener favorable acogida.

En consecuencia, conforme los argumentos brindados y solución a la que se arriba, corresponde admitir parcialmente el recurso ordinario de apelación articulado por la parte demandada (fs. 213/221vta.) sólo en lo atinente al aspecto casado. En su mérito, corresponde revocar -en lo pertinente- la sentencia dictada en primera instancia y ante la inexistencia de un agravio puntual de la aseguradora demandada en punto al seguro de vida colectivo obligatorio, deberá mantenerse el acogimiento de la demanda únicamente por dicho concepto y por la suma de \$20.000.- con más los intereses computados desde el 30/08/18, conforme fuera desarrollado en el voto que abre el presente Acuerdo.

17. En cuanto a la tercera de las cuestiones planteadas y sometidas a escrutinio en este Acuerdo, esto es las costas, corresponde distinguir según las distintas instancias.

En relación con las originadas en la primera, cabe tener en cuenta que persiste la condena en contra de la demandada respecto del seguro de vida colectivo

obligatorio. Por tanto, se mantiene la imposición de las costas a la parte demandada en su calidad de vencida (cfr. Acuerdo N° 21/23 "Jara" del registro de la Secretaría Civil).

Luego, para las provocadas ante la Alzada se tiene en consideración el resultado final al que se llega por el presente y los agravios de las partes ante dicha instancia, entendiéndose que se deben imponer en el orden causado.

Por último, las generadas en esta etapa casatoria se imponen también en el orden causado (artículos 68, 2do. párrafo, 279, CPCyC, y 12, Ley N° 1406).

De seguido, corresponde dejar sin efecto las regulaciones de honorarios efectuadas, debiendo adecuarse al nuevo pronunciamiento en la instancia de origen, regulando los honorarios de los letrados intervinientes ante el Tribunal de Alzada y en la etapa casatoria en un 30% y un 25%, respectivamente, de la cantidad que corresponda en su caso, por la actuación en igual carácter al asumido en sendas etapas y conforme oportunamente se regule en Primera Instancia por la labor en dicha sede (artículos 15, Ley Arancelaria).

VI. Convocada a dirimir la disidencia (artículo 4, Reglamento de División en Salas del Tribunal Superior de Justicia), la señora Presidente **-Dra. María Soledad Gennari-** dijo:

Al analizar este tipo de contratos, como expuse en su momento al suscribir el Acuerdo N° 1/17 "Acevedo", siguiendo los lineamientos trazados en los precedentes "Camargo" y "Géliz", no es posible soslayar la función social, finalidad tuitiva y naturaleza alimentaria de los seguros de vida colectivos (en sus modalidades obligatorio y adicional). Sin embargo, las particularidades de este



caso, me convencen de la improcedencia del reclamo del seguro adicional pretendido por la accionante.

Es que, en el sub-lite, la cláusula de exclusión de las "patologías psicológicas y/o psiquiátricas" se encontraba clara, legible y fue debidamente notificada a la actora. En consecuencia, si las reglas de autonomía eran claras, la extensión del riesgo debe apreciarse literal, restrictiva o limitadamente. Por lo que no era admisible la interpretación analógica o extensiva de la materia sobre la que se contrata, dado que ampliar la cobertura provocaría, inevitablemente, una desnaturalización de la relación de equilibrio.

Por lo demás, debo señalar que en el presente caso se debe calcular la incapacidad física total sin la adición de los factores complementarios. Ello, en atención a que la cláusula relacionada con la manera de calcular la incapacidad física, total, permanente e irreversible (fs. 48), si bien adscribe al método de capacidad restante, en ningún momento reconoce la posibilidad de aplicar factores complementarios y/o de ponderación. Estos últimos refieren a una variable no prevista para este tipo de reclamos y resultan propios de otros sistemas (riesgos de trabajo y jubilaciones y pensiones). Por consiguiente, contando la póliza con un procedimiento específico para determinar la incapacidad del beneficiario, debe estarse a las estipulaciones pactadas.

Con esta perspectiva es que me inclino por adherir al voto el Dr. Roberto G. Busamia, expresando el mío en idéntico sentido, compartiendo tanto los fundamentos como la solución por él postulada. **MI VOTO.**

VII. De lo que surge del presente Acuerdo, oída la Fiscalía General Subrogante, por mayoría, **SE RESUELVE:**
1°) Declarar PROCEDENTE el recurso de Nulidad Extraordinario impetrado por la aseguradora demandada -



Sancor Cooperativa de Seguros Limitada- (fs. 244/262vta. y de igual tenor 264/282vta.), contra la sentencia dictada por la Sala I de la Cámara Provincial de Apelaciones -con competencia en el Interior-, con asiento en la ciudad de Zapala (fs. 232/239vta.), **NULIFICANDO PARCIALMENTE** dicho fallo por vulnerar los recaudos de debida fundamentación en lo que respecta a la cláusula de exclusión de cobertura.

2°) Declarar **IMPROCEDENTE** idéntico remedio respecto del restante agravio invocado (inicio del cómputo de intereses). **3°)** Por imperio de lo dispuesto en el artículo 21 del ritual casatorio, **RECOMPONER** el litigio mediante el acogimiento parcial del recurso de apelación articulado por la parte demandada (fs. 213/221vta.) sólo en lo atinente al aspecto casado. Por consiguiente, revocar -en lo pertinente- la sentencia dictada en primera instancia, manteniéndose el acogimiento de la demanda únicamente por el seguro de vida obligatorio (\$20.000.-) con más los intereses computados desde el 30/08/18. **4°)** Mantener la imposición de las costas en la primera instancia a la parte demandada en su calidad de vencida (artículo 17, Ley N° 921). Luego, las provocadas ante la Alzada y en esta etapa casatoria se imponen en el orden causado (artículos 68, 2do. párrafo, 279, CPCyC, y 12, Ley N° 1406). **5°)** Dejar sin efecto las regulaciones de honorarios dispuestas en las instancias anteriores, readecuándolas al nuevo pronunciamiento, en la instancia de origen. Regular los honorarios de los letrados intervinientes ante el Tribunal de Alzada y en la etapa casatoria en un 30% y un 25%, respectivamente, de la cantidad que corresponde en su caso, por la actuación en igual carácter al asumido en sendas etapas y conforme oportunamente se regule en primera instancia por la labor en dicha sede (artículo 15, Ley N° 1594). En este aspecto, se deberá tener en cuenta que atento el exiguo monto de condena (\$20.000.-) y de



conformidad con la doctrina de la confiscatoriedad seguida por este Cuerpo, se deberán regular de acuerdo a los mínimos legales. **6°) DISPONER** la devolución del depósito efectuado a fs. 263, 263vta. y 301vta. -en concordancia con la consulta del sistema *homebanking* de la Secretaría Civil-, por imperio del artículo 11 de la Ley Casatoria. **7°) ORDENAR** registrar y notificar esta decisión a las partes y, oportunamente, **REMITIR** las actuaciones a origen.

vap

Dr. ROBERTO G. BUSAMIA
Vocal

Dr. GUSTAVO A. MAZIERES
Vocal

Dra. MARÍA SOLEDAD GENNARI
Presidente

JOAQUÍN A. COSENTINO
Secretario