

Juzgado Civil, Com. y Minería N° 1
I Circunscripción Judicial
Sentencia Definitiva N°53

Viedma, 25 de octubre de 2019.-

VISTOS: los presentes autos caratulados "HOFMANN EVE MABEL C/ HORIZONTE COMPAÑIA ARGENTINA DE SEGUROS GENERALES S.A. S/ COBRO DE PESOS (Ordinario) - EXPTE. N° 0180/17/J1, traídos a despacho a los fines de resolver; y de los que

RESULTA:

1.- Que a fs. 9/16 y vta. se presenta Eve Mabel Hofmann, por derecho propio e inicia formal demanda de cobro de pesos contra "Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A.", reclamando la suma de \$ 257.283,40 en concepto de capital adeudado y/o en lo que en más o menos surja de las probanzas de autos, con más intereses y costas.-

Refiere que el día 12 de mayo de 2016 fallece en la ciudad de Viedma, Provincia de Río Negro, su marido, el Sr. Rubén Alberto Peralta, quien era pasivo del Estado Provincial. Dice que constatado su recibo de haberes previsionales se advierte que se le hacían descuentos por dos seguros. El primer descuento es de \$86, correspondiente al seguro de vida obligatorio de la Ley 4.232 y el segundo de doscientos cuarenta pesos con cincuenta y seis centavos (\$ 240,56) correspondiente al seguro optativo de la demandada.-

Explica la actora que por el primer seguro y cuyo descuento era de \$ 86 cobró la suma de pesos ciento veinte mil (\$ 120.000) y por el seguro facultativo de Horizonte S.A., cuya prima era de \$ 240,56 se le abonó diez mil pesos (\$ 10.000) y no la suma que se reclama correspondiente a 20 sueldos y tal como lo establecían las condiciones de póliza, aplicando así la demandada un tope a todas luces inconstitucional.-

Funda su reclamo en que la naturaleza del beneficio o seguro que detenta, se caracterizaba, por la existencia de una mutualidad de asegurados todos empleados activos del estado provincial y/o municipal o ex empleados en su calidad de pasivos, que debían adherir siendo ajenos a la celebración del contrato. Es decir, que los asegurados no tienen la posibilidad de discutir, tachar, modificar y/o sustituir aquellas

cláusulas inconvenientes para sus intereses, pero que por la póliza le impone el "asegurador" y a las que debe adherir de requerir este seguro..-

Explica también que la relación asegurativa de fondo se establece entre el asegurador y el asegurado adherente; la posición del contratante originario (tomador, Provincia de Río Negro) es preponderantemente formal, relativa en lo sustancial a la formación del contrato, lo que no le resta importancia dentro de esa estructura, ya que no solo es quien acuerda con el asegurador el contenido normativo del contrato, sino que también puede rescindirlo, prorrogarlo etc. El tomador (Provincia de Río Negro y/o Municipio de Viedma) gesta la relación que, por su naturaleza colectiva, tiene por consecuencia involucrar en su plexo normativo a los adherentes, quienes sujetan su conformidad a esa estructura contractual preexistente.-

Indica que los adherentes deben ser integrantes de un grupo (empleados de la Provincia de Río Negro y/o de la Municipalidad de Viedma o pasivos de la Provincia de Río Negro), grupo cuya composición debe tener cierta variedad en la probabilidad que respecto de cada integrante presente el riesgo, de forma que, especialmente en razón de sus edades, tales riesgos se compensen unos con otros y permitan establecer una prima promediada precisamente en función de las características de ese grupo. (Conforme Droit des assurances, N° 919, citada por Isaac Halperin en obra citada pago 856).-

Alega que la Provincia de Río Negro y/o la Caja de Previsión Social contrataba este tipo de seguro con Horizonte S.A., por ser esta una aseguradora propiedad del Instituto Autárquico Provincial del Seguro de Río Negro, autoridad de aplicación de la Ley 2057 y posteriormente de la Ley 4232 en calidad de adherente al Sistema Previsional de Vida Obligatorio. Cabe resaltar que la modalidad de uso es que al ingresante al sistema le retienen el seguro de vida obligatorio y el de vida colectivo facultativo, sin consulta previa, haciéndole firmar la ficha de designación de beneficiarios. De no estar de acuerdo, el empleado, cuando advierte el descuento, puede manifestar su voluntad de no tomar solo el seguro facultativo. Expone no se le informa que luego de jubilarse, se va a aplicar un tope de \$ 10.000 en su suma asegurada.

Señala que el artículo 3° de la póliza del seguro de vida colectivo contratada por la Caja de Previsión Social N° 80.024, Anexo A, emitida el día 1 de septiembre de 1990 y en vigencia desde el 1 de octubre de 1990, dice que: "la suma asegurada será el equivalente a veinte (20) veces el haber jubilatorio o de retiro sin salario familiar, de cada uno de los asegurados. Se computará a los efectos de la determinación de capital, el haber correspondiente al mes anterior del fallecimiento". Es decir que la póliza original N°

80.024 no preveía que se aplicase tope indemnizatorio. Un año más tarde, la demandada en forma unilateral y sin que exista ningún tipo de notificación e información al asegurado, emite el endoso de póliza N° 916 que agrega la leyenda: ...sin superar en ningún caso la suma de australes cien millones (A 100.000.000), ello el día 1 de octubre de 1991. Sin embargo y respecto de las primas a abonar, el endoso N° 916 no dice absolutamente nada, dejando vigente el mismo cálculo que establecía la póliza original emitida.-

A partir del 1/01/1992 se dispone la paridad de un peso (\$ 1) equivalente a diez mil australes (=A= 10.000). Con lo cual, alcanza una simple quita de cuatro ceros para la modificación de la moneda. A partir de allí, la demandada comenzó a abonar la suma de \$ 10.000, monto este que jamás fuera actualizado en estos 24 años, mientras que la prima descontada a los asegurados, iba año a año siendo aumentada en función de los incrementos salariales.

Afirma que el Sr. Rubén Peralta era jubilado de la Provincia de Río Negro, falleció el día 12 mayo de 2016 y en función del artículo 3 de la póliza señalada, para la determinación del capital corresponde tomar el haber del mes anterior del fallecimiento es decir el de abril de 2016. En dicho haber (que en copia simple se aneja) se puede observar, las retenciones descriptas. Observa que el haber bruto correspondiente al mes anterior de su fallecimiento era de trece mil trescientos sesenta y cuatro con diecisiete centavos (\$ 13.364,17), multiplicado que sea por 20 da como resultado una suma asegurada de doscientos sesenta y siete mil doscientos ochenta y tres pesos con cuarenta centavos (\$ 267.283,40) suma esta que debe abonar Horizonte S.A. a los beneficiarios por condiciones de póliza.-

Indica que el pago de prima ya no se hace en función del art. 4° de la Póliza N° 80.024 es decir 0,90 australes por cada 1.000 australes de suma asegurada, el 1,8% del haber bruto del asegurado. No hay proporción entre la prima abonada por el asegurado y el tope, circunstancia que Horizonte utiliza para no cumplir con los veinte sueldos pactados, refiriendo a la cláusula tercera y cuarta de las bases y condiciones del contrato celebrado.-

Sostiene que no corresponde aplicar el tope de cien millones de australes convertidos en diez mil pesos, fijados en la cláusula 3° de la póliza/endozo N° 080024/000916 por resultar abusiva y desequilibrante con la relación contractual.-

En función de ello es que solicita la declaración de nulidad del art. 3 de la póliza en donde fija esa limitación y cita jurisprudencia local en base a la inaplicabilidad de los

topes fijado por Horizonte. Realiza otras consideraciones, funda en derecho, acompaña documental, ofrece prueba y concreta su petitorio.-

2.- Que conferido el traslado de la demanda, a fs. 41/46 vta. se presenta Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A. mediante apoderado y la contesta. Niega por imperativo procesal los hechos expuestos por la actora y relata su propia versión de los mismos.-

Expone los hechos y refiere que el 01/10/1991 se emitió la póliza de seguro colectivo dentro los cuales se encuentra como beneficiaria la actora. Que conforme la póliza/endoso N° 080024/029736, que en copia acompaña, en su suplemento adicional 01 su Art. 3 textualmente dice que la suma asegurada será la equivalente a veinte (20) veces el haber jubilatorio o de retiro sin salario familiar, de cada uno de los asegurados sin superar en ningún caso la suma de australes cien millones (=A=100.000.00-actualizado a \$10.000), que se computará al efecto de determinar el capital el haber del mes anterior al fallecimiento.-

Que conforme reconoce la actora la misma cobró la suma correspondiente en mayo de 2016. conforme constancia de transferencia de fs. 12 del legajo de la actora.-

Expresa que el Art. 6 de las condiciones generales de la Póliza 0008024 establece en su inciso 3 (fs. 121) que "a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que el asegurado cumpla 70 años de edad el capital asegurado vigente se reducirá al 50% sin admitir posteriores aumentos". Igualmente en el art. 13 inc. 2, para el caso que los jubilados opten por seguir el seguro como es el caso del causante Peralta, que poseía 73 años al momento de su muerte.-

Indica que el seguro de vida fue contratado voluntariamente y que si el mismo perjudicaba al Sr. Peralta, en cualquier momento pudo rescindirlo, ya que en materia contractual los interesados prestan su consentimiento para generar el vínculo contractual voluntario y libre.-

Asimismo alega, que para el caso de considerarse inconstitucional el tope de la póliza expone que tampoco puede computarse 20 sueldos brutos como pretende la parte actora, ya que la póliza se refiere al haber percibido. Cita Jurisprudencia sobre la relación del contrato de seguro y el límite de la cobertura descripta en la póliza. Por último, evoca también que en materia de seguros la Superintendencia de Seguros es la autoridad de control y quien controla que las pólizas no contengan cláusulas violatorias de disposiciones legales y cuida que las condiciones contractuales sean equivalentes. Acompaña la prueba documental, funda en derecho y peticiona.-

3.- Que a fs. 50 y vta. se presenta la Fiscalía de Estado de la Provincia de Río Negro, por medio de apoderada manifestando que en tanto ya se ha presentado en autos la representación de la demandada no es necesaria la intervención de dicho organismo y en caso que se considere lo contrario, se adhiere a los términos de la contestación de la demanda.-

4.- Que, ante la existencia de hechos controvertidos, a fs. 53 y vta. se fija la audiencia prevista por el art. 361 del CPCC de cuya celebración da cuenta el acta obrante a fs. 58, ante la imposibilidad de avenimiento en dicha oportunidad se abre la causa a prueba a fs. 59/60.-

Luego, previa certificación por Secretaría respecto del vencimiento del plazo y su resultado a fs.133 se procede a la clausura del período probatorio. A fs. 135/145 y vta. se agrega el alegato de la parte actora.-

A fs. 151 se llama autos para sentencia, providencia que se encuentra firme y motiva la presente.-

CONSIDERANDO:

I.- Que la cuestión ha resolver se circunscribe en determinar la validez o no del tope indemnizatorio aplicado en contrato de seguro de vida, y en su caso la existencia o no de la obligación de indemnizar en un monto que excede lo abonado por la demandada a la parte actora.-

Corresponde en primer término analizar la normativa aplicable, esto es el sistema de derecho transitorio o ínter temporal aprobado por nuestro ordenamiento jurídico que resulta de aplicación a la materia contractual, definiendo en cada caso si se está en presencia de un supuesto regido por la ley vigente en el día del contrato -principio de irretroactividad-, si es posible una aplicación inmediata de la ley nueva, o si corresponde que sea diferida.-

En este punto cabe señalar que la irretroactividad de la ley consagrada como regla en el párrafo segundo del art. 7° CC y C, no se contrapone a su efecto inmediato. Así lo explica Moisset de Espanés, la aplicación inmediata no es retroactiva, porque significa aplicación de las nuevas normas para el futuro, y con posterioridad a su vigencia; el efecto inmediato encuentra sus límites, precisamente, en el principio de irretroactividad, que veda aplicar las nuevas leyes a situaciones jurídicas o relaciones jurídicas ya constituidas, o a efectos ya producidos. Con la excepción de las normas más favorables al consumidor en las relaciones de consumo.-

Que se advierte, que las situaciones y relaciones regidas por leyes nacidas de actos entre

particulares cuando la constitución, extinción y efectos fueron ya producidos al momento de la entrada en vigencia de la nueva ley, son regidos por la ley vieja (Aída Kemelmajer de Carlucci, La Aplicación del Código Civil y Comercial a las relaciones y situaciones jurídicas existentes, edit. Rubinzal Culzoni, Pág. 63) Con la salvedad en las relaciones de consumo y a las normas procesales que resultan de sujeción inmediata.-

I.-Que habiendo determinado la aplicación del Código Civil anterior debemos analizar lo dispuesto por el artículo 1.198 en su primera parte, que instituye la regla básica del derecho de los contratos, los que se deben celebrar, interpretar y cumplir de buena fe. O sea que la actividad contractual, cuya libertad había ya sido reconocida en el art. 1.197, debe ejercerse de acuerdo con este principio ético fundamental. (Conf. Belluscio, Augusto C.- Zannoni, Eduardo A., ¿Código Civil y leyes complementarias - Comentado, anotado y concordado?, T. 5, pág. 896 y ss, Ed. Astrea, 1984, Buenos Aires).-

Es decir que en todas las modalidades de contratos es de especial relevancia la conducta que desplazan las partes, que asume un rol significativo en materia de interpretación, integración, como en la prueba y la aplicación de la regla de la buena fe y específicamente la que impide ir contra los propios actos. (Conf. Tratados de los Contratos, Ricardo Luis Lorenzetti Tomo I, Rubinzal Culzoni).-

Es dable recordar que los contratos de seguro se encuentran regulados por legislación específica, es decir la Ley de Seguros N° 17.418, la que debe aplicarse realizando una interpretación armónica con los principios propios de este contrato de seguro y así como también con la Ley de Defensa del Consumidor N° 24.240.-

La cobertura solicitada se circunscribe al pago de una prima determinada en un contrato por Seguro de Vida de modalidad ¿Seguro Colectivo? visto que los actores beneficiarios de un seguro ante el fallecimiento de un agente de la Administración Pública Provincial, quien en carácter de empleador contrató de modo colectivo una póliza de seguro de vida e incapacidad para su planta de dependientes, es decir tal como manifiesta la actora, más allá de ser un seguro optativo (ésta pudo renunciar al Contrato) no es una cobertura que el dependiente provincial acceda a contratar de forma individual, sino solo por su calidad de empleado del Estado, en este caso ya pasivo, según es determinado en demanda y reconocido en la contestación de la demandada vertida a fs.41/46 y vta.-

En este sentido, se ha expresado en relación a estos contratos que aún siendo optativa su contratación por quienes los solicitan a su empleador, poseen ??la misma naturaleza tuitiva de los contratos de seguro de vida establecidos dentro de la regulación

obligatoria de seguridad social y esto fija la necesidad de una interpretación cautelosa de las disposiciones legales a objeto de no cercenar legítimos derechos adquiridos por el agente que ha caído en la incapacidad laboral o fallece.? (Conf. ?Del Moral, Magna Sofía vs. Caja de Seguros S.A. s. Ordinario? Tribunal Superior de Justicia, Santa Cruz; 17-oct-2011; Rubinzal online; RC J 441/12.).-

?La finalidad de los seguros de vida colectivos es tuitiva, tiende a proteger al hombre de las contingencias propias de su existencia individual y su función social por ende las reglas de interpretación favorecen, en caso de dudas, al rechazo del desconocimiento de los derechos del asegurado.?(Leiva de Zamaniego, Sara Ester por sí y en representación de sus hijos vs. Asociación Mutual La Concordia s. Ordinario; Superior Tribunal de Justicia, Corrientes; 06-feb-2007; Jurisprudencia del STJ de Corrientes; RC J 11044/10).-

También es menester recordar que la doctrina no es pacífica en delimitar el modo en como interactúan leyes de Seguros y la que ampara a los Consumidores y Usuarios.-

En este caso, el contrato de seguro colectivo se caracteriza por ser una convención concluida por el tomador o suscriptor con el asegurador, a favor del participante de un grupo; en otras palabras, tiene la particularidad de celebrarse a nombre del tomador pero por cuenta ajena, es decir, a favor de quienes integran el conjunto de asegurados (art. 153, Ley 17.418). Desde tal perspectiva, no cabe duda alguna que la aseguradora demandada es una "proveedora" de un servicio: el seguro, cuya actividad encuadra en las previsiones del art. 2, Ley N° 24.240, pues participa en la oferta de bienes y servicios en el mercado dirigida al público indeterminado.-

Por otro lado, el asegurado es un usuario o consumidor, que goza de una mayor protección como consecuencia de ser parte de una relación de consumo en virtud del régimen tuitivo aplicable (art. 1, Ley 24240).-

La Ley 24.240 desde el enfoque imperativo de un plexo de orden público, se articula como bisagra en las relaciones de consumo, en cuanto no parte de la igualdad y libertad de las personas involucradas, sino que trata de lograr esa igualdad o posibilitar una mayor libertad.(Conf. Racca, Daniel Orlando vs. Nación Seguros S.A. s. Daños y perjuicios, Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial Sala II, Mar del Plata, Buenos Aires; 11-ago-2014; Rubinzal online; RC J 7025/14).-

Como regla de interpretación de los contratos de seguro de vida colectiva, se sostiene que al ser un contrato de adhesión en el que la totalidad de las cláusulas son redactadas enteramente por el asegurador, le son aplicables las reglas interpretativas de los

contratos con cláusulas predisuestas. Las cláusulas no deben ser interpretadas en su concepto meramente literal, sino atendiendo a su significado en función del sistema, sus modalidades, y en donde ha de predominar la buena fe de las partes como requisito esencial por tratarse de una relación tripartita (asegurador-tomador-asegurado) que contiene una típica estipulación a favor de tercero (artículo 504 del Código Civil) lo que genera una voluntad cautiva a las cláusulas del convenio (Halperín, I. -Morandi-: "Seguros", págs. 97 y ss. y Halperín, I: "Lecciones de Seguros", pág. 40/41, 21).-

Así también lo entendía nuestro STJ al citar a la Cámara Nacional, "Como el contrato de seguro es un contrato de adhesión, la inteligencia del alcance de sus estipulaciones debe hacerse en favor de la parte no predisponente, tal como surge de las normas contenidas en la ley de defensa del consumidor y de los principios consagrados en forma explícita en el art. 42 de la Constitución Nacional." (CN. Com., Sala C, ?Gutiérrez, Juan J. c. La Meridional Cía. de Seguros S. A.", 31/12/1997- STJRNS1 Se. 64/16 ?Pérez Aramburu").-

Estos principios deben conciliarse junto la posición brindada por la Corte Nacional, in re: ?Buffoni?, donde se afirma el principio de la relatividad de los contratos, al sostener que: "Que la función social que debe cumplir el seguro no implica, empero, que deban repararse todos los daños producidos al tercero víctima sin consideración de las pautas del contrato que se invoca..."(citado por el STJRN en ?Pardo Yésica Verónica c/ García Jorge y otro s/ Daños Y Perjuicios - 13/04/2016).-

Por último, y dentro de los principios de interpretación, vale recordar que los tres elementos esenciales del contrato de seguro que son el riesgo, la prima y la prestación a cargo del asegurador; ellos constituyen y están interrelacionados recíprocamente dentro de la estructura económica, técnica y jurídica del negocio, de tal modo que no se puede alterar uno de ellos con prescindencia de los otros sin poner en peligro toda la estructura de la empresa aseguradora. (STJRNS1 Se. 71/10 "Bocanegra"; STJRNS1 Se. 95/10 "Henkel").-

II.- Visto que se ha delimitado la aplicación de la ley de seguros N° 17.418, así como sus principios de interpretación para este tipo de contratos de condición colectiva-tuitiva, y la condición de consumidor del asegurado, me adentraré en la resolución del caso de autos para lo cual debo analizar la prueba agregada.-

En tal contexto y de conformidad con la documental agregada se advierte que obra a fs. 98/128 toda la documentación del afiliado Sr. Rubén Alberto Peralta en poder de la empresa demandada, parte del expediente de Horizonte Compañía Argentina de Seguros

Generales S.A correspondiente al siniestro N° 10872/001 -Sección Vida- Contratante C.P.S ANSES, Póliza N ° 80024, Beneficiaria: Eve Mabel Hofmann, - póliza/endoso 000080024/000000 en vigencia desde el 01/10/90; y el endoso 000916 en vigencia desde 01/10/91, constancia de defunción del 13/05/2016, orden de pago emitida por Horizonte al Banco Patagonia por la póliza/endoso N° 000080024/000000, recibo de pagos y transferencias bancarias por \$ 10.000 al actor en su calidad de beneficiario -fs. 109/115- en fecha 11/07/2016. Todo ello, agregado por la Compañía demandada y reconocido por la actora.-

De la documentación acompañada también y especialmente del reconocimiento expreso que realiza la compañía demandada se debe tener por probada la vigencia del contrato, el acaecimiento del fallecimiento del agente público, la obligación de indemnizar y el pago efectuado a la beneficiaria aquí actora, estos puntos no han sido materia de controversia por las partes, no así el monto que conforma dicha indemnización frente a la procedencia -o no- del tope indemnizatorio establecido en el art. 3 de la póliza N° 080024/ endoso 0000916.-

III.- A los fines de arribar a una solución que dirima el pleito, debo contemplar el art. 4 de la ley de seguros N° 17.418, que indica: "El contrato de seguro es consensual; los derechos y obligaciones recíprocas del asegurador y asegurado, empiezan desde que se ha celebrado la convención, aun antes de emitirse la póliza.?"

Es decir que en primer lugar, la póliza no es concluyente, si no que el contrato de seguro lo conforman elementos que superan el manuscrito conocido como póliza. Debe calificarse a la póliza como el documento que alberga los términos el contrato de seguro, pero no como el contrato en sí, la jurisprudencia ha interpretando este artículo de este modo, entendiendo que la póliza no es el contrato, si no solo su instrumento probatorio.-

En autos "Omega Cooperativa de Seguros c/ José Sueiro y Cía." de la Cámara Nacional en lo Comercial, Sala B, 09/09/82, se indicó: "Corresponde destacar que la improcedencia de la posición adoptado por la demandada en estas actuaciones radica en haber confundido el contrato de seguro con "póliza", que es sólo su instrumento. Por tal razón, al haber reconocido los respectivos contratos, como la ejecución de los mismos (pago de la prima provisorio y de indemnizaciones por la aseguradora), la entrega material de la póliza deviene no constitutiva de la relación negocial que es la que realmente interesa para determinar los efectos activos y pasivos que emanan del contrato (conf. art. 4 de la N° 17.418). Cabe tener en cuenta que según la ley argentina

la póliza sólo constituye un elemento de prueba y como tal, ella puede ser suplida mediante oficio librado a la Superintendencia de Seguros de la Nación".-

Igual criterio se adoptó en "El Comercio Cía. de Seguros e/ Prima Fija SA" (Cámara Nacional en lo Comercial, Sala B, 18/08/92): "El contrato de seguro es consensual para nuestra ley y se perfecciona por el mero consentimiento de las partes, siendo la póliza un mero instrumento de prueba; por ello, es aceptable determinar la existencia temporal de la relación asegurativa a través del comportamiento de las partes". -

Asimismo se ha dicho que "...el alcance que, de acuerdo con el modo y forma en que las partes ejecutan el contrato de seguro, cabe atribuirle al mismo, no puede ser alterado por las constancias escritas obrantes en la póliza con relación a la fecha de emisión o a los límites temporales de cobertura. Ello ante el carácter consensual del contrato, y por constituir la póliza un principio de prueba por escrito al que puede añadirse la ponderación de otras circunstancias, como el silencio de la aseguradora" (Cámara Nacional en lo Comercial, Sala C, exp. 24/11/95 "El comercio Compañía de Seguro C/ Nieto Hermanos S. A" -Conf. "Código Seguro" Héctor y J, Ignacio Perucchi -edic- 2015).-

Examinando la documentación acompañada por la Compañía a fs. 118/126 observo que el texto de la póliza de contratación colectiva N° 080024, sufrió una modificación, en la cláusula 3° en su versión original decía: "La suma asegurada será el equivalente a veinte veces el haber jubilatorio o de retiro sin salario familiar, de cada uno de los asegurados. Se computará a los efectos de la determinación del capital, el haber correspondiente al mes anterior al del fallecimiento?". Luego, en el año 1991 mediante endoso N° 000916 fue modificado el art. 3 el cual reza: "La suma asegurada será el equivalente a veinte veces el haber jubilatorio o de retiro sin salario familiar, de cada uno de los asegurados, sin superar en ningún caso, la suma de australes cien millones. Se computará a los efectos de la determinación del capital, el haber correspondiente al mes anterior al del fallecimiento?".-

En tal contexto, entiendo que la relación asegurativa que aloja el contrato de seguro de vida objeto de marras, no puede interpretarse teniendo en cuenta solo la letra de la póliza, reparando que la misma se firmó hace 20 años, que su conformación es a través de modo de contrato de adhesión con cláusulas predispuestas, que durante todo este tiempo el asegurado abonó la prestación y a diferencia de la prima mensual que sufragada el dependiente -que se actualizó considerando las variaciones de su salario-, la suma asegurada se mantuvo pétreo en los cien millones de australes (luego

pesificados en \$10.000 a partir de enero de 1992).-

Este monto operó como tope indemnizatorio en la póliza en cuestión, rompiendo con la equidad que debe albergar la ecuación contractual del contrato de seguro y revelando con él una conducta abusiva en la decisión de no actualizar el monto del tope (límite de cobertura) por un plazo que supera los 20 años (desde 1991 o de su pesificación en 1992) y que lógicamente traído al presente arroja un resultado anacrónico y arbitrario.-

Sentado ello, teniendo en cuenta los términos de la póliza y el principio rector de que el contrato es ley entre las partes y que sus términos deben aplicarse salvo cláusulas abusivas, o contrarias a la ley.-

La Compañía demandada si pretendió definir un tope de indemnización, también debió modificar los métodos de cálculo de la tasa promedio y la prima renovando el contrato, lo que no sucedió, sino que continuó aplicando literalmente lo que dice la póliza original para calcular la prima. Debo remarcar que la relación entre el valor de la prima y el monto asegurado esta expresamente definido en el contrato documentado. La cláusula 4° del suplemento adicional 01, de la póliza en cuestión, establece que el monto de las primas será de A. 0,90, por cada A. 1.000,00 de suma asegurada, pagaderos por mes adelantado. Es decir, la prima es 0,90 % sobre la suma asegurada, que equivale a 20 veces el haber jubilatorio o de retiro, sin salario familiar, de cada uno de los asegurados. Expresado de otra manera, la prima pagada hasta el fallecimiento del Sr. Peralta y durante 20 años de relación contractual, fue del 1,8% sobre el haber jubilatorio o de retiro, razón por la que resulta inválida la limitación impuesta de =A= 100.000.000 o \$ 10.000 porque esto implicaría un enriquecimiento sin causa para la Compañía demandada y por ende corresponde declarar su nulidad.-

Como se ha indicado por la doctrina, la prima constituye el precio equivalente al valor de la prestación del asegurador, por eso es este el responsable que lo que se cobre sea lo correcto en virtud del contrato, es la contraprestación, en relación sinalagmática, de la obligación asumida consistente en el pago de la indemnización o de la prestación convenida (art. 12. LS.). De allí el imperativo de presentar la equivalencia (equilibrio contractual) entre el objeto de ambas obligaciones.-

En tal sentido, la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires ha señalado: "La prima es la contraprestación del asegurado, equivalente al precio del seguro y a la remuneración que corresponde al asegurador por todos los riesgos que acepta a su cargo". (Conf. Derecho de Seguros. Tomo I. Rubén S. Stiglitz. Ed. Abeledo-Perrot 1997. Pág. 325/326).-

III.-2.-Entonces, la prima cobrada por Horizonte se reconoce "proporcional" al haber devengado según los términos de la cláusula citada, que periódicamente se ha ido actualizando automáticamente con los incrementos salariales del Sr. Peralta (bajo la responsabilidad de la Aseguradora quien debió reformular el contrato en vista al mantenimiento del equilibrio contractual), en cambio una indemnización que fija un tope de \$10.000 -que no ha sufrido actualización desde 1991- no puede pensarse proporcional, lo que denota un claro abuso de la demandada.-

Máxime teniendo en cuenta que los \$10.000 pagados, no alcanzan ni siquiera al 20 % de los veinte haberes pactados (o diez salarios en caso de tenerse en cuenta la reducción por tope de edad).-

Al respecto continúa explicando el Dr. Stiglitz, que igual que el importe de los daños, la suma asegurada (cuando existe límite de cobertura) debe actualizarse a fin de corregir los efectos de la desvalorización monetaria con fundamento en elementos de razones de justicia conmutativa. Tratándose el seguro de un contrato de duración, la suma asegurada sufre los embates de la depreciación de la moneda. Con la finalidad de amparar al acreedor (asegurado) frente a las vicisitudes generadas por dicho fenómeno, deviene procedente la corrección del crédito. Tal solución, dirigida a preservar el equilibrio de las prestaciones o relación de equivalencia (la reciprocidad, base del seguro como contrato sinalagmático), se traduce en la actualización del importe de la suma asegurada. (Conf. Rubén S. Stiglitz y Gabriel A. Stiglitz. Seguro contra la responsabilidad civil. Ed. Abeledo-Perrot. Pág. 555).-

La demandada al no actualizar dicha suma realizó una modificación unilateral e indebida de las condiciones de contratación de la cual en la actualidad no puede valerse sino de modo injusto, "imponerle al asegurado una modificación de las condiciones originariamente pactadas en perjuicio a sus intereses conlleva una interpretación antifuncional de este tipo de contratos, fracturando el principio de buena fe contractual, de allí que son inoponibles al asegurado en un contrato de seguro colectivo los endosos modificatorios de la póliza original que no hayan sido notificados en forma personal a cada uno de los asegurados". (STJ- Entre Ríos, Sala Civ. y Com., 22/4/2003, Maldonado A. c/IAPS, JA, 2005-IV-809; CNFed. Civ. y Com., Sala II, 30/08/2005, Rodríguez D. c/Caja Nac. de Ahorro y Seguros, RC y S, 2005-XI-103).-

Es decir, reconociendo la función social que cumplen las compañías de Seguros según los términos de la ley 17.418 (?Buffoni -CSJN?), aclaro en este punto, que lo incorrecto no es la posibilidad de fijar topes indemnizatorios con la finalidad de limitar los aleas en

estos contratos, o coartar las consecuencias de la siniestralidad para la economía de la empresa, las faltas se estiman en la ausencia de comunicación de las variaciones contractuales posteriores a la firma del contrato y en la no actualización de los topes, en perjuicio de una de las partes. Porque puede entenderse estos límites indemnizatorios como un modo de regular los derechos contractuales que se considera legítimo, siempre que no sea abusivo e irracional.-

Porque el ejercicio regular de un derecho propio o el cumplimiento de una obligación legal no pueden constituir como ilícito ningún acto. La ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos (art. 1071 del C. Civil).-

Existe entonces en el contrato bajo análisis una desnaturalización de la relación obligacional originaria ampliando los derechos del prestador, con daño al asegurado, y que resulta un desequilibrio significativo de los derechos y las obligaciones recíprocas de tal entidad que queda comprometido el principio de la máxima reciprocidad de intereses al afectarse la relación de equivalencia. (Conf. R. Stiglitz, Lexis Nexis N° 0003/011326).-

Las disposiciones contractuales aludidas favorecen a la aseguradora, excediendo los límites impuestos por la buena fe, la moral y las buenas costumbres, siendo el ejercicio de las atribuciones tomadas por la demandada constitutivo de un abuso de su posición de parte dominante y especializada en la materia asegurativa. Es notable que la aseguradora ha obtenido una ventaja patrimonial incorrecta.-

IV.-Acto seguido debo referirme a la limitación del riesgo esgrimida por la Compañía Horizonte S.A. quien al contestar la demanda manifiesta que el Sr. Peralta poseía 73 años al momento de su fallecimiento, visto que el Art. 6 de las condiciones generales de la Póliza 0008024 establece en su inciso 3 (fs. 121) que "a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que el asegurado cumpla 70 años de edad el capital asegurado vigente se reducirá al 50% sin admitirse posteriores aumentos". (Ídem en el art. 13 inc. 2).-

Reparo que la misma fue fijada por acuerdo entre las partes desde el inicio del contrato - Póliza 80024 - Estas cláusulas en cuestión se sustentan en un aumento considerable del alea en contra de la Aseguradora a medida que el asegurado supera cierto rango de edad. Tiene su razón de ser en mantener el equilibrio de los derechos y las obligaciones recíprocas de tal entidad que quedan comprometidas en el principio de la máxima reciprocidad de intereses de las partes. "La obligación de indemnizar al asegurado (en nuestro caso a los beneficiarios dispuestos por él) lo es en la medida de los términos,

límites, exclusiones y condiciones establecidos en la respectiva póliza.?(Conf. C., J. A. vs. F., E. J. y otros s. Daños y perjuicios -Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil Sala E; 15-jul-2015; Rubinzal Online; RC J 5869/15) Es doctrina repetida y reconocida la posibilidad de oponer los límites en la cobertura de seguros a los afectados por la relación contractual, con el objeto de mantener el equilibrio entre el riesgo cubierto y la prima.-

Es que en los seguros de vida para el caso de muerte, es claro que el siniestro (fallecimiento) va a ocurrir. El riesgo para el asegurador es el momento en que éste pueda producirse, teniendo en cuenta el carácter progresivo del riesgo, es decir, -obviamente el transcurso del tiempo juega en contra de su prestación-, por lo que cuanto más se incremente el tiempo de vida, más riesgo existe de que se produzca el evento cubierto -muerte del asegurado-, repercutiendo ello en la ecuación que rige la indemnización. Y es por esa razón, que en la mayoría de los contratos de este tipo se prevé una limitación del importe a abonar ante el arribo de cierta edad (65/70 años) y en otros se concluye directamente el contrato de seguro.-

Recordando que esta constituye el precio equivalente al valor de la prestación del asegurador, que es la contraprestación, en relación sinalagmática. Es usual que los jóvenes y las personas que tienen buena salud, no fuman y no tienen pasatiempos u ocupaciones peligrosos, tendrán primas más bajas, ya que la compañía espera que estos asegurados vivan por más tiempo. Los que son de mayor edad, que tiene problemas de salud, o tienen pasatiempos u ocupaciones peligrosas pagarán más. Hago notar que no estamos frente a un seguro de ahorro.-

IV.-2- Ahora bien aún cuando no este de acuerdo, como manifesté previamente en que la demandada aplique el tope indemnizatorio de \$ 10.000, por considerarlo desactualizado e injusto. Asumí que no es incorrecta la posibilidad de fijar límites indemnizatorios con la finalidad de acotar los aleas en estos contratos, siempre que no sean abusivos e irracionales.-

Empero la inexactitud en la aplicación del tope en autos se evalúa en la no actualización de los montos, en perjuicio de una de las partes y en la ausencia de comunicación de las variaciones contractuales posteriores a la firma del contrato.-

Es que frente al límite de edad de 70 años del art. 6 inc.3 y el modo de calcular la suma asegurada a partir de ese momento, considero vano el argumento que la Aseguradora debió invocar dicha cláusula en el marco de la relación en instancia administrativa. Porque al momento de liquidar el seguro en cuestión no necesitó acudir a la quita del

50% de la suma asegurada- por alcanzar el límite de edad del art. 6 inc. 3-, ya que igualmente este monto superaba el tope indemnizatorio y uso ese límite contractual.-

Ahora habiendo previsto la demandada la posibilidad de que se declare la nulidad del tope de \$10.000, en oportunidad de su presentación en instancia judicial (contestación de demanda), y en su caso, tener que pagar la indemnización conforme la forma tradicional por suma asegurada (art. 3 de la póliza), entiendo que el planteo de la quita del 50% en esta sede luce tempestivo, por alcanzar el límite de edad del art. 6 inc. 3.-

Por otro lado, luego de llegar a la edad de 70 años y ante la falta de manifestación en contrario del tomador, (art. 13) Horizonte siguió descontando la prima del mismo modo en que lo venía haciendo manteniéndolo en su cartera.-

Tampoco acogeré al argumento que ante la edad de 70 años alcanzada por el tomador, la demandada debió reducir la prima que cobraba, porque a partir de ese momento la suma asegurada se reducía al 50 %. Como hemos evocado antes, el cálculo de la prima no solo tiene en cuenta la suma asegurada, también evalúa el riesgo cubierto, la cantidad de integrantes del seguro colectivo como en este caso, y así lo dejo salvado en la letra del contrato en el art. 7 inc. 1 y 2.-

En consecuencia, ante la manifestación oportuna, admitiré el límite esgrimido, posición fundada en el contrato, que es ley para las partes desde el inicio de la relación, en particular basada en la especialidad y características del contrato de seguro de Vida.-

V.- Por último, continuando con atender a las defensas opuestas por la Compañía Demandada, a fs. 41/46 vta. manifiesta que cuando la póliza se refiere a 20 veces el haber mensual (10 a partir de los 70 años) no esta refiriendo al monto devengado en favor del asegurado, sino el haber percibido por el agente, es decir el sueldo neto menos las deducciones legales que definen el haber percibido. Este argumento lamentablemente no puede ser considerado, por dos razones que resultan contundentes: en primer lugar, la letra de la póliza nada dice sobre que tipo de haber jubilatorio -o de retiro-, es el que toma de base imponible, si el percibido o el devengado, y la segunda razón- la brinda la propia liquidación efectuada por la Compañía, dentro del expediente administrativo traído como prueba por la demandada, donde toma como base el haber bruto y lo llama expresamente "devengado sin salario", -esta última parte haciendo referencia a las asignaciones familiares que son las únicas deducciones que la póliza expresamente reconoce-, a fs. 108 liquida de este modo: "devengado sin salario de \$ 13364.17 y la prima facultativa de \$ 240.56", por lo tanto este argumento no puede ser contemplado.-

VI.- Que en conclusión, y conforme la legislación que ampara al consumidor -de aplicación inmediata-, en especial a los dispuesto en el art. 1.122 del Código Civil y Comercial, debe declararse la nulidad de la parte pertinente de la cláusula contractual donde fija esta limitación, por romper la misma con la ecuación contractual, por lo que no corresponde aplicar el tope de cien millones de australes -convertidos en diez mil pesos-, dispuesto en la cláusula 3° de la póliza/endoso N° 080024/00096 acompañada por la Compañía.-

Asimismo, corresponde aplicar al cálculo de la indemnización del contrato objeto de autos, la limitación del 50% de la suma asegurada (más de 70 años de edad del Sr. Peralta) obrante en el art. 6 inc. 3 y en el art. 13 inc. 2 de las condiciones generales de Seguro de Vida.-

A raíz de todo lo hasta aquí expuesto corresponde hacer lugar a la demanda promovida por la actora Sra. Eve Mabel Hofmann contra Horizonte Compañía de Seguros Generales S.A., y en consecuencia liquidar el capital de indemnización, sin ningún tope, condenando a la demandada a pagar en concepto de capital veinte veces el haber jubilatorio o de retiro del asegurado, sin salario familiar correspondiente al haber devengado al mes anterior al del fallecimiento (Art. 3°, Anexo A, Póliza N° 80024/000096) y a dicho monto debe aplicarse el límite del 50 % visto la edad que poseía el Sr. Peralta al tiempo de fallecer, según en el art. 6 inc. 3 y en el art. 13 inc. 2 de las condiciones generales de Seguro de Vida.-

Así, habiendo fallecido el Sr. Rubén Alberto Peralta el 12 de mayo de 2016 y siendo el último haber percibido el del período de abril de 2016 (fs. 3 y fs. 107/108), por la suma de \$13.364.17, que por las veinte veces convenidas, da un total de \$ 257.283,40 que con la reducción de un 50 % arroja la suma de \$ 128.641,70.-

A continuación debo fijar desde cuando debe reportarse la obligación de entregar la suma de dinero por parte de la demandada, teniendo en cuenta lo dispuesto en la última parte del art. 49 de la ley 17.418, es decir en "los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro, o de acompañada, si procediera, la información complementaria del artículo 46...?", analizo que el siniestro fue denunciado ante la Compañía con fecha 26/05/2016 según comprobantes de fs. 100 el pago debió realizarse, como fecha límite, el día 10/06/2016 (15 días desde la denuncia del siniestro), suma a la que deberá descontarse los \$10.000 abonados en fecha 11/07/2016, y recibidos por la actora conforme constancias a fs. 115, reconocidos como pago parcial, a la que a su vez se deberá aplicar los intereses de tasa dispuesta por el Superior

Tribunal de Justicia conforme calculadora del Poder Judicial determinado en autos "Fleitas ", hasta su efectivo pago?.-

Realizado que fuera el cálculo de intereses pertinente, arroja \$ 332.385,28 restando a los mismos los \$10.000 pagados parcialmente, se arriba a la suma de \$322.385,28 calculada al presente, a la cual deberá aplicarse misma tasa hasta su efectivo pago.-

VII.- Que con relación a las costas del proceso y de conformidad con lo dispuesto en el art. 68 ap. 1° del CPCC, deben imponerse a la parte demandada vencida.-

Que para determinarlos honorarios profesionales se deberá tener en cuenta la labor cumplida, medida por su eficacia, calidad y extensión y conjugarlo con el monto de condena. Teniendo en cuenta la actividad profesional realizada en cada etapa que conforman el proceso ordinario en curso, salvo para los apoderados de la demandada deberá reducirse la suma en un tercio ante la falta de presentación de alegatos (art. 39) .-

De esta manera se determinan los honorarios profesionales para el Dr. Martín Piermarini, María Daniela Vivas y la Dra. Yanet Reschke letrados patrocinantes de la parte actora en forma conjunta, en la suma equivalente a 15% y los letrados apoderados de la parte demandada Dres. Augusto Gerardo Collado y Nalú Ezequiel Castro en forma conjunta, en la suma equivalente al 10 % + 40%-2/3 (arts. 6, 7, 8,10, 39, 48 y 50 Ley G 2212).

Por todo lo hasta aquí expuesto,

RESUELVO:

I.- Hacer lugar a la demanda incoada a fs. 9/16 y vta. por la Sra. Eve Mabel Hofmann contra Horizonte Compañía Argentina de Seguros S.A, declarar la nulidad del art. 3 del contrato de seguro instrumentado bajo póliza N° 080024/000916 en la parte que expresa: "sin superar en ningún caso, la suma de australes cien millones", y condenar a la demandada a abonar a la actora en el término de 10 días, la suma de \$ 322.385,28, correspondiente al seguro de Vida por el fallecimiento del Sr. Rubén Alberto Peralta y de aquí en más hasta su efectivo pago se aplicará la tasa establecida por el Superior Tribunal de Justicia conforme calculadora del Poder Judicial, determinado en autos "Fleitas ", hasta su efectivo pago?.-

II.- Imponer las costas a la parte demandada vencida (conf. art. 68 CPCC).-

III.- Regular los honorarios profesionales del Dr. Martín Piermarini, María Daniela Vivas y la Dra. Yanet Reschke, en forma conjunta, en la suma de \$48.357,79 (Coef. 15%) y los de los Dres. Augusto Gerardo Collado y Nalú Ezequiel Castro en forma conjunta, en la suma de \$30.089,29 (Coef. 10 % +40%-2/3) (MB: \$322.385,28-conf.

arts. 6, 7, 8, 10, 38, 39, 48 y 50 y conc. L.A.).Notifíquese y cúmplase con la ley 869.-
IV-Regístrese, protocolícese y notifíquese.-

MARIA GABRIELA TAMARIT
JUEZ