

En la ciudad de General Roca, a los 19 días de agosto de 2021. Habiéndose reunido en Acuerdo los Sres. Jueces de la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería de la Segunda Circunscripción Judicial de la Provincia de Río Negro, con asiento en esta ciudad, para dictar sentencia en los autos caratulados: "VILA MARIA GABRIELA Y OTROS C/ HORIZONTE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. S/ ORDINARIO (ex D-2RO-1574-L2015) " (Expte. N° A-2RO-907-C3-16), venidos del Juzgado Civil N° Tres , previa discusión de la temática del fallo a dictar, procedieron a votar en el orden de sorteo practicado, transcribiéndose a continuación lo que expresaron:

EL SR. JUEZ DR. VICTOR DARIO SOTO, DIJO:

Se han elevado los presentes autos, para el tratamiento del recurso de apelación interpuesto por la parte actora contra la sentencia de primera instancia dictada el día 26 de junio de 2020; que ha sido contestado por la demandada.-

I.- La sentencia a la que he hecho referencia, se expidió por el rechazo de la demanda que habían interpuesto por derecho propio la Sra. María Gabriela Vila y los Sres., Rubens Hiza Vila y Carlos Ernesto Vila Llanos, con el patrocinio letrado de los dos últimos, promoviendo acción contra Horizonte Cía Argentina de Seguros Generales S.A. reclamando el cobro de la suma de \$ 493.345,40 en conjunto, o en lo que en más o en menos resulte de la prueba a rendir en autos con más intereses y costas; teniendo presente que el padre de los mismos -Sr. Carlos Eleodoro Vila- había tomado el seguro colectivo de vida voluntario -póliza 80024-, instituyéndolos como beneficiarios conforme certificado del 17 de enero de 1992; que mes a mes le han descontado el valor de la prima del seguro de su recibo de haberes mientras cumplía funciones como docente y dependiente del Consejo Provincial de Educación de Río Negro y luego de acogerse a los beneficios jubilatorios.-

Agregan que de tales recibos surge que se le descontaba por el seguro de vida colectivo y optativo la suma mensual de \$ 664,90.-

Indican que el día 16 de agosto de 2014 ha fallecido su padre y que han denunciado el siniestro a la demandada en la delegación de esta ciudad a los fines de percibir el valor asegurado; que el día 5 de diciembre de 2014 han recibido una llamada telefónica por la cual se les informaba que debían comparecer a fin de percibir el pago de tal seguro y que en tal oportunidad han tomado conocimiento de que la liquidación ascendía a la suma de \$ 3.333.33 para cada uno de los beneficiarios y que el importe asegurado tenía

un tope de \$ 10.000,00.-

Sostienen haber consignado expresamente en los recibos que las sumas eran recibidas en disconformidad y a cuenta de mayor cantidad, con reserva de accionar judicialmente; que el 9 de diciembre de 2014 han enviado carta documento rechazando e impugnando la liquidación final y que tales misivas han sido rechazadas por la compañía el 17 de diciembre de 2014 -por carta documento- en base al art. 3 del Anexo A del suplemento adicional 01 -tope indemnizatorio-.-

Agregan que de igual forma ha procedido Rubens -carta documento del 9 de diciembre de 2014- sin obtener respuesta de la demandada.-

Entienden que el límite indemnizatorio que invoca la demandada es inaplicable por lesivo, absurdo, arbitrario y por tanto nulo e inoponible; que en el supuesto corresponde que sea liquidado computándose como capital la cantidad de 20 veces el haber jubilatorio o de retiro sin salario familiar.-

Esgrimen que tal tope ha sido mantenido en forma indefinida y desde hace muchos años; que ello importa por parte de la demandada la pretensión de hacer valer una limitación abusiva, contraria a derecho y notoriamente desequilibrante del sinalagma contractual.-

Entienden que en el supuesto resultan aplicables las disposiciones de los arts. 1137,1198 y concs. del Código Civil, el principio de autonomía de la voluntad -art. 1197 del Código Civil- y que este no puede ser ejercido en forma abusiva.-

Esgrimen que si el negocio presenta un vicio que atenta contra el interés público y/o si el objeto del acto es prohibido, ilícito o contrario a las buenas costumbres adolece de nulidad absoluta y debiera declararse incluso de oficio la nulidad.-

Indican que no cabe dudas de que tal cláusula debe ser dejada de lado.-

Fundan en torno a las cláusulas abusivas, contratos de adhesión, ilicitud, desnaturalización de las obligaciones, la naturaleza social del contrato, derecho de propiedad; entienden que esto frustra las expectativas razonables que legítimamente tienen los consumidores de seguros, contraria a las raíces de tal contrato.-

Practican liquidación -que asciende a la suma de \$ 493.345,40-, fundan en derecho, ofrecen prueba y solicitan que se haga lugar a esta acción, con costas.-

II.- A fs. 38/39 amplían demanda.-

Solicitan la declaración de inconstitucionalidad de "toda norma legal, ley, decreto y/o resolución de Estado" que autorice a la demandada a fijar el valor indemnizatorio en el tope de \$ 10.000,00 bajo el argumento de violarse el derecho de propiedad (art. 17 CN),

art. 14 bis de la CN y 40 de la Constitución Provincial.-

III.- A fs. 56/68 contesta el traslado de esta acción la firma Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A., por apoderados.-

Formulan la negativa de rito y al punto IV desarrollan la normativa del contrato de seguro.-

Reconocen la existencia del contrato de seguro que vincula a su mandante con la Caja de Previsión Social en el carácter de contratante (tomador) bajo póliza n° 80024, de vida colectivo con vigencia a partir de las 12 hs. del 1 de octubre de 1990.-

Sostienen que entre las personas que componen el "grupo asegurable" se encuentra incluida quien en vida fuera Carlos Eleodoro Vila (fallecido el día 16/08/2014 e incorporado el día 7 de octubre de 1992 según formulario de "solicitud individual-seguro colectivo de vida" rubricado por tal persona).-

Alegan que tal seguro no era obligatorio sino voluntario; que tal póliza dispone en el suplemento adicional 01 (S.A. 01) de un límite -al día de la fecha, de \$ 10.000,00-; que ninguna de las personas integrantes del grupo asegurable han cuestionado y/o impugnado esto; que el contrato ha sido celebrado entre su mandante y la Caja de Previsión Social.-

Desarrollan consideraciones jurídicas en torno a las disposiciones de la Ley de Seguros y en especial sobre el seguro colectivo del caso; entienden que la firma debe responder en la medida del seguro y que carecen de legitimación pasiva con relación a toda suma que supere el monto asegurado.-

Entienden que no existen cláusulas abusivas, arbitrarias, nulas o inoponibles; rechazan la inconstitucionalidad alegada por los actores así como la aplicación al supuesto de la Ley de Defensa del Consumidor.-

Tal como ha sido trabada la cuestión a resolver en autos debo decir que ha quedado acreditado en esta causa que:- -el Sr. Carlos Eleodoro Vila ha suscripto el día 7 de octubre de 1992 la solicitud individual que correspondía a la póliza 80024 (fs. 159, legajo administrativo); -que tal póliza poseía un endoso (000916), vigente desde las 12:00 hs. del día 1° de octubre de 1991 (fs. 54), disponiendo un límite de cobertura -de \$ 10.000,00-; -que los beneficiarios han percibido las sumas correspondientes a tal límite en la suma de \$ 3.333,33 para cada uno de ellos (fs. 180, 182, 183), firmando en disconformidad.-

Ingresando en la cuestión controvertida, a criterio de la magistrada sentenciante, la definición de este asunto viene dada por la aplicación de los precedentes "Buffoni"

(CSJN, del 08/04/2014), "Flores" (CSJN 06/06/2017), "Pardo" (STJ, del 12/04/2016), "Díaz" (STJ, Se. 5/2011), "Lucero" (STJ, Se. 50/13), "MELO ESPINOZA" (Se. 18 - 13/04/2016), "Romero" (Se. 8, del 16/03/2020) -entre otras- por cuanto los lineamientos jurídicos expuestos en tales fallos, la interpretación jurídica dada por los Máximos Tribunales tanto en el orden nacional como local, a criterio de quien opina resultan plenamente aplicables al tipo de seguro de este proceso -seguro de vida colectivo y voluntario-.-

La Corte Suprema de la Nación ha sostenido que:-

-"(...) el contrato de seguro rige la relación jurídica de los otorgantes (art. 1137 y 1197 del Código Civil) y los damnificados revisten la condición de terceros frente a los mismos porque no participaron de su realización, por lo que si desean invocarlo deben circunscribirse a sus términos (arts. 1195 y 1199 del Código Civil, voto de Lorenzetti en "Cuello" y Fallos: 330: 3483)" -"Buffoni" y "Flores"-; esto entiendo resulta aplicable a los actores, quienes en el supuesto no han participado del contrato sino que revisten el carácter de beneficiarios; ... el Superior Tribunal de Justicia ha sostenido que:- -"(...) cuando la norma dice "en la medida del seguro" hace referencia no solamente al tope monetario del seguro contratado, sino también a las diversas limitaciones o exclusiones de responsabilidad que se acuerdan, por lo que el damnificado que cita a juicio a un asegurador lo hace bajo la premisa de que será indemnizado en esa misma medida, esto es, en las condiciones que se estipularon en la póliza pertinente. En ese sentido, este Superior Tribunal de Justicia ha contemplado y validado el tope monetario de los seguros (...)" -"Romero" Se. 8, del 16/03/2020, con cita en STJRNS1 Se. 50/13, "Lucero" y STJRNS1 Se. 18/16 "Melo Espinoza"-; -"(...) también resulta ineludible considerar el fallo dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en autos "Flores, Lorena R. c. Giménez, Marcelino O. y otro s/daños y perjuicios" (Fallos: 340:765)" -"Romero"-; -"(...) la pretensión de que la aseguradora se haga cargo del pago de la indemnización "más allá de las limitaciones cuantitativas establecidas en el contrato" carece de fuente jurídica que la justifique y, por tanto, no puede ser el objeto de una obligación civil (...)" -"Romero"-.

ha recogido en lo sustancial la doctrina sentada por la Corte Suprema en la causa "Flores" -"Romero", con cita en STJRNS1 - Se. 144/19 "B., P. J. C/C., M. B."-; -ha remarcado que "(...) en el contexto precedentemente descripto, pocas dudas quedan de que la decisión de (...) incrementar el límite de la suma asegurada (...) no encuentra sustento legal alguno en las normas que rigen la materia. Se impone entonces dejar sin efecto lo decidido y aplicar idéntica

solución por razones de seguridad jurídica, previsibilidad, celeridad y economía procesal" -"Romero"-;

... -"(...) tiene dicho la Corte Suprema de Justicia de la Nación que no hay razón legal para limitar los derechos del asegurador prescindiendo de los términos del contrato de seguro, que la ley reconoce como fuente de la obligación y al que se halla circunscripto el alcance de su responsabilidad -"MELO ESPINOZA" Se. 18 - 13/04/2016, con cita en CSJN, 27/12/1996, Tarante, C. c. Eluplast S.R.L., LA LEY, 1997-C, 995, J. Agrup., caso 11.557.15-; Los lineamientos apuntados precedentemente llevan a desestimar en todos sus términos la acción promovida por los actores por cuanto tanto el cuestionamiento traído al límite de cobertura por parte de la aseguradora como la pretensión de que sea actualizada/reajustada la indemnización a su favor -por ser beneficiarios del seguro de vida colectivo y voluntario-, la inoponibilidad de sus cláusulas y el planteo de inconstitucionalidad de fs. 38/39 -ampliación de demanda, introducido de manera genérica: "de toda norma legal, ley, decreto y/o resolución del Estado-, carecen de sustento legal por lo desarrollado y contradice la doctrina judicial consolidada y vigente a la fecha de dictado de la presente sentencia.- II.- Costas a los actores, por aplicación del principio objetivo de la derrota (art. 68 del C.P.C.C.)-

Por todo ello, FALLO:- I.- Rechazando en todos sus términos la acción por cobro de pesos promovida por los Sres. María Gabriela Vila, Rubens Hiza Vila y Carlos Ernesto Vila Llanos contra Horizonte Cía Argentina de Seguros Generales S.A. por las razones expuestas en los respectivos Considerandos. Firme y/o consentida la presente, archívense estas actuaciones.-

II.- Costas a los actores por aplicación del principio objetivo de la derrota (art. 68 del C.P.C.C.)-

III.- Atento lo dispuesto por el art. 20 de la Ley G 2212 corresponde determinar la base regulatoria en la suma de \$ 493.345,40 -monto reclamado y desestimado-, ascendiendo el límite impuesto por el art. 77 del C.P.C.C. a la suma de \$ 123.336.35.-

Atento lo dispuesto por el art. 13 de la Ley G 2212 corresponde en el supuesto regular los honorarios de los profesionales de la demandada por la etapa principal.-

De conformidad con lo establecido por los arts. 6,7,8,9,10,39 y concs. de la Ley G 2212, actuación desplegada en cuanto a la naturaleza y complejidad de este asunto, calidad, eficacia en defensa de los intereses de su asistida, corresponde regular los honorarios profesionales a favor del Dr. Francisco Marciano Brown -doble carácter por la demandada, primera etapa- en la suma de \$ 18.420,00 y a favor del Dr. Sebastián

Zarasola -doble carácter por igual parte, dos etapas- en la suma de \$ 55.260,00 -16% MB + 40%, correspondiente a dos etapas y distribuido según participación-. REGÍSTRESE. OPORTUNAMENTE NOTIFIQUESE (una vez reanudados los plazos procesales y/o dictada Acordada del STJ que disponga lo contrario dentro del contexto de Pandemia actual).-

2.- La parte actora ha expresado sus agravios, respecto de la sentencia que rechazó la demanda, fundando a los efectos de refutar los extremos del fallo que les han negado el reclamo pretendido.-

En cuanto a la crítica al fallo, dicen que la sentenciante ha incurrido en una errónea interpretación del derecho aplicable y en un desvío palmario de las constancias de autos, haciendo una absurda valoración de los hechos y pruebas, apoyándose en afirmaciones dogmáticas para resolver un punto controvertido sin analizar las concretas circunstancias del caso.

Siendo por ello que ese desarrollo argumental para resolver la cuestión traída a su decisión resulta equivocado en sus referencias fácticas, como así también en su interpretación jurídica. Acerca de los alcances del precedente Buffoni, conforme el desarrollo del agravio, sostienen los recurrentes que ha sido invocado pero que se encuentra fuera de contexto con el caso, toda vez que difieren los presupuestos fácticos y legales de aquél con este. Tan así resulta, que no tienen elementos comunes o interdependientes que los vinculen por su objeto o su causa. Tampoco están vinculados por la naturaleza de las cuestiones involucradas en ellas ni se originan en torno a una misma relación jurídica.

Tal como recientemente ha dicho la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el pronunciamiento dictado en la causa ?Acosta, Leonel Ignacio? (Fallos 340:1084), el apropiado uso de los precedentes está rigurosamente condicionado a que en el nuevo caso se presenten las mismas circunstancias de hecho y jurídicas consideradas en la causa en que se estableció la doctrina de que se trata? (Supercanal SA c. AFSCA y otros, 21/05/2019, Cita Online: AR/JUR/11704/2019).

Que en efecto, dice que la sentenciante ha pasado por alto las incuestionables diferencias jurídicas existentes entre ambos casos. En particular, omitió considerar que estamos en presencia de un reclamo de seguro de vida colectivo (cuyas partes se encuentran previamente determinadas: promitente estipulante y beneficiarios) en contraposición y/o frente a un reclamo de naturaleza extracontractual derivado de un

accidente de tránsito cuyas supuestas víctimas pretenden ingresar a los alcances de un contrato de seguro de responsabilidad civil obligatoria celebrado entre asegurado y aseguradora y al que desde luego resultan ajenos. De este modo, el sentenciante se ha limitado a otorgar carácter vinculante a expresiones generales contenidas en una sentencia de supuesto acatamiento obligatorio con total desconexión del marco normativo aplicable. Citan jurisprudencia en apoyo.-

Desde otro orden el fallo desconoce los alcances de las normas que nuestro ordenamiento sustancial establece acerca de la estipulación a favor de un tercero que es sin dudas un instrumento técnico a partir de los cuales puede incorporarse a un tercero al contrato. Existen figuras clásicas como el contrato oneroso de renta vitalicia, las donaciones con cargo cuando los beneficiarios de los cargos son terceros, el seguro de vida, entre otros. Previo a desarrollar lo atinente a las aludidas estipulaciones a favor de un tercero, corresponde analizar la normativa aplicable, esto es el sistema de derecho que resulta de aplicación a la materia contractual, definiendo 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. 7º CC y C, no se contrapone a su efecto inmediato.

Citan la opinión de Moisset de Espanés en apoyo de su postura, 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. 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.-

Resulta claro entonces que en los términos anteriormente expuestos el tercero es el acreedor de la obligación a cargo del promitente y este su deudor, debiendo en consecuencia predicarse que el tercero le corresponden todos los derechos que el

aludido ordenamiento reconoce en cabeza de cualquier acreedor, no pudiéndose soslayar, por otra parte, que los aquí reclamantes resultamos herederos del estipulante y como tal continuadores de su persona.

Que la crítica al fallo no solo se circunscribe a lo hasta aquí expuesto, sino y con igual temperamento a la inexplicable omisión de resolver la cuestión puesta a decisión la que claramente se circunscribe en determinar la validez o no del tope indemnizatorio aplicado en el 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.

Que corresponde reparar en que ¿las partes pueden haber emitido correctamente su declaración pero hay una vulnerabilidad económica o cognoscitiva que lleva a proteger a la parte débil. La intervención tiene vocación de permanencia; no es coyuntural o transitoria. No es una intervención que distorsiona la autonomía, sino que la mejora, fortaleciendo la igualdad. Por ello es una garantía procesal y objetiva en la igualdad de oportunidades para expresar la voluntad. Un claro ejemplo de ello son las normas de tutela del consumidor?. Código Civil y Comercial Comentado. Lorenzetti. Tomo I. Pág. 69.- En consecuencia, ello genera una desnaturalización de la relación obligacional, que de acuerdo al STJ ??debe entenderse como el que altere significativamente la relación, ampliando los derechos del prestador, con daño al usuario, y que de todo ello resulte un desequilibrio significativo de los derechos y las obligaciones recíprocas de tal entidad que quede comprometido el principio de la máxima reciprocidad de intereses al afectarse la relación de equivalencia (R. Stiglitz, Lexis Nexis N° 0003/011326)?. ¿Si una cláusula se aparta de este modelo de razonabilidad sin un motivo justificado, será irrazonable, convirtiéndose en un cláusula que desnaturaliza lo natural, lo normal (Conf. Lorenzetti, citado por Juan M. Farina en ¿Defensa del Consumidor y del Usuario?, Ed. Astrea, 2003)?. STJRNS4 Se. 19/06)?.- En este sentido, queda claro que las disposiciones contractuales favorecen únicamente 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 fuerte, imponiendo condiciones vejatorias y que comprometen, más allá de toda lógica y justicia, al patrimonio del actor. Es notable la desproporción en las prestaciones, y es claro y evidente que la aseguradora ha obtenido una ventaja patrimonial. agregan que es claro entonces que la aseguradora demandada abusó de su condición como parte fuerte en la relación contractual el que claramente se refleja en la

decisión de no actualizar el monto del tope (límite de cobertura) por un plazo de más de 25 años (desde 1.990 hasta 2.016); y que lógicamente traído al presente arroja un resultado desproporcionado entre el valor de la prima y la indemnización percibida. La accionada reviste carácter de comerciante profesional, con un alto grado de complejidad y especialización, en evidente situación de superioridad técnica frente al usuario de sus servicios, por el contrario el asegurado se encuentra en una situación de inferioridad por su condición y por su desconocimiento técnico, por lo que resulta claro que la conducta desplegada por Horizonte es contraria a la buena fe y contra el orden público, lo que denota su actitud abusiva en desmedro de la indemnidad del asegurado.- Cabe destacar que la prima cobrada por Horizonte es "proporcional" al haber percibido, que periódicamente se ha ido actualizando automáticamente con los incrementos salariales del asegurado, por lo tanto, una indemnización que no ha sufrido actualización desde 1991 y que fija su tope de \$ 10.000 no puede considerarse proporcional, lo que denota un claro abuso de la demandada, máxime teniendo en cuenta que los \$ 10.000 pagados, no alcanzan ni siquiera al 10% de los veinte haberes pactados. Se configura así una conducta abusiva que acentúa el desequilibrio de la fuerza negocial existente entre las partes, y que se aleja del propósito que el Derecho busca proteger. Sostiene que los beneficiarios no deben soportar la aplicación de un tope desfasado e irrazonable, que limita la indemnización percibida a montos que contrarían el fin último de este tipo de contratos, que es la obligación de indemnidad asumida por el asegurador.- "Al 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". "En efecto, 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." (Rubén S. Stiglitz y Gabriel A. Stiglitz. Seguro contra la responsabilidad civil. Ed. Abeledo-Perrot. Pág. 555). Que como puede advertirse, dicen que dicho tope indemnizatorio que se mantiene indefinidamente y desde hace muchísimos años en la suma de pesos diez mil, importa la pretensión de hacer valer una limitación del valor indemnizable abusiva, contraría derecho y notoriamente desequilibrante del sinalagma contractual, pues convalida una

alteración del valor indemnizable de veinte sueldo notoriamente desmedida, para peor manteniendo una prima mensual proporcional al valor de esos veinte sueldos y no al límite de percepción indemnizatorio que se pretende hace valer en nuestra contra al margen del principio de razonabilidad. Que la accionada no puede imponer dicho tope y pretender inamovible el valor asegurado; si no obstante ello se encargo de actualizar y reajustar conforme el incremento salarial del personal que la contrataba el valor de la prima. Esa pretensión evidencia un verdadero despropósito y así lo ha reconocido por cierto, la Cámara del Trabajo de la IV Circunscripción Judicial de Nuestra Provincia con asiento en la ciudad de Cipolletti, en autos *Bohoslavsky, Carlos y otros c/Horizonte Compañía de Seguros Generales S.A. s/Ordinario?* (Expte. N°12471-CTC-10), la que rechaza el límite de cobertura que la accionada pretendió debía aplicarse en un supuesto similar al de autos.- La convención limitativa de la cobertura asegurativa en una suma exigua e irrazonable en relación al valor asegurado y efectivamente pactado, en el caso veinte sueldos, que es el valor equivalente que debe indemnizarse y no la suma de diez mil pesos, que solo es un valor de ajuste, podría considerarse otrora operativa en resguardo de la proporcionalidad contractual, pero en la actualidad supone una cláusula nula e inoponible en ausencia de mecanismos de reajuste y de reacomodamiento periódico para evitar vulneraciones al equilibrio contractual. No puede concebirse ese tope en términos pétreos, sin que al hacerlo no se viabilice un ejercicio abusivo del derecho que no puede ser convalidado al reputarse contrario a los propósitos de protección del seguro de vida, contratado. Si la Compañía de Seguros pretende hacer valer un límite asegurado exiguo, alterando el natural equilibrio de la contraprestación a cargo del asegurado que en los hechos si es proporcional a la indemnización pactada debe cargar con sus propias consecuencias. El principio de autonomía de la voluntad que consagraba el art. 1197 del C.Civ. anterior, no puede ser ejercido de modo tal que cada uno se comporte de la manera que le plazca perjudicando los derechos del otro sin incurrir en un ejercicio abusivo del derecho. Y ello resulta más evidente a la luz del nuevo artículo 958 C.C.C. cuando sostiene que *Las partes son libres para celebrar un contrato y determinar su contenido, dentro de los límites impuestos por la ley, el orden público, la moral y las buenas costumbres?*. La modificación de este artículo produjo un cambio radical y absoluto en favor de los más vulnerables y más aún cuando el tema se relaciona con los seguros, que resultan verdaderas corporaciones respecto al común de la gente. El tope de cobertura fijado en la póliza no es lógico ni razonable a la luz del tiempo transcurrido desde su suscripción-

, pues su validación elimina uno de los propósitos principales de la cobertura, que es garantizar la indemnidad del asegurado y resarcir los perjuicios sufridos derivados de la muerte del tomador. El sistema de control judicial de legitimidad y equidad -que es menester realizar de las condiciones particulares del contrato de seguro en cuanto afectan normas y principios de raigambre constitucional-, exige que se declare la nulidad de la cláusula limitativa de responsabilidad, por no ser justa ni razonable, por ser abusiva, gravosa, restrictiva o leonina, como especie de sanción del ordenamiento jurídico, lo que significa que se la priva de sus efectos propios -se tendrá por no escrita- es decir por no convenida la mentada cláusula, en tanto que el resto del contrato conserva su eficacia.

El vicio que presenta el negocio jurídico, que atenta contra el interés público y/o si el objeto del acto es prohibido, ilícito o contrario al orden público o a las buenas costumbres adolece de nulidad absoluta. En tal sentido, esa nulidad deberá ser ineludiblemente declarada incluso de oficio. No cabe duda de que, en esos términos, la cláusula contractual en cuestión debe ser dejada de lado en los términos de los arts. 18, 28, 31 de la CN., y 958 del C.C.C. Aceptar esta cláusula limitativa de responsabilidad implicaría desnaturalizar las obligaciones que se encuentran a cargo de la aseguradora en un contrato de seguro normal?, al contrariar los deberes esenciales o naturales del contrato, o sea, su fin. Nótese que ello frustra las expectativas razonables que legítimamente tienen los consumidores de seguros, contrariando las raíces del contrato. Siempre se ha dicho que el principio de autonomía de la voluntad (conf. art.1197 C. Civil y 958 del nuevo C.C.C.), no puede ser ejercido de modo tal que cada uno se comporte de la manera que le plazca perjudicando los derechos del otro (cita jurisprudencia en apoyo) .-

Agrega que en los autos caratulados: ?CAPORASO CARLOS RODOLFO C/ HORIZONTE COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES S.A. S/ORDINARIO? (Expte. N°14.011-CTC-2012). La Cámara del Trabajo de Cipolletti abordó un similar planteo al aquí realizado ocasión en la que señaló: ?? En este contexto analizado, cabe afirmar que el tope indicado en la cláusula contractual supra transcripta en el apartado precedente, y que data del año 1991 (traducido inclusive en una moneda que desde hace muchísimos años ya no es más la de curso legal en el país), además de anacrónico, debe refutarse sin hesitación en abusivo y leonino, de manifiesta inequidad, totalmente irrisorio y que no puede superar el más sencillo y elemental test de razonabilidad, cabiendo tantos otros calificativos sinónimos más. Sumado a todo lo cual, por más de

veinte años a la fecha, y en el casus, la demandada no ha procedido al más mínimo ajuste o actualización de dicho importe fijo que al día de la fecha la firma accionada lo traduce de australes a pesos en la suma de diez mil pesos, que ni siquiera llega a ser un haber de la causante y cuando el capital asegurado consiste nada más ni nada menos que en veinte sueldos (la normativa dice: ¿haber jubilatorio o de retiro?). El resultado desproporcionado al que conduce el tope en cuestión, no sólo es notorio sino también ¿entendiendo- es inaceptable para el daño que debe resarcirse. Es de destacarse que mientras la prima cobrada a la asegurada es ¿proporcional? al haber percibido y que consecuentemente se ha ido incrementando conjuntamente con los incrementos salariales del sector que beneficiaron a la Sra. Santillán, por el contrario la demandada, acaecido el siniestro, pretende su cancelación con tope y mediante una suma fija que en el caso de autos no actualiza, lo que debió hacer contemplando el mero transcurso de los años y diversos factores económicos como lo es la inflación, y que además data del año 1991, establecido ¿a mayor abundamiento- en otra moneda que ya no se encuentra vigente. Todo lo cual además de ser manifiestamente absurdo, carece de toda lógica, sensatez y del más mínimo sentido común. Tampoco responde al consciente colectivo de justicia que la exigua suma de \$10.000 que se pretende abonar por el deceso de la asegurada, resarce tamaño daño sufrido como lo es la pérdida de la vida, en el caso la muerte de la asegurada, lo cual es inaceptable bajo todo punto de vista; sumado al total desfase entre ese importe y lo que resultaría de aplicar el capital indemnizable consistente en veinte veces el haber jubilatorio o de retiro, que en el supuesto de la Sra. Santillán ascendía a \$10.393 (haber del mes anterior a su fallecimiento ¿Noviembre/2011-); de ahí lo improcedente e irritante del ¿tope? aludido, que de aplicarse como cancelatorio del mencionado seguro ni siquiera alcanzaría a cubrir uno solo de dichos haberes; entendiendo, por las razones expuestas, que debe ser suprimido de la cláusula, por su palmaria violación al espíritu de la norma y a cual ha sido la intencionalidad del legislador que no es otra que un adecuado resarcimiento del daño (Art. 1º, Ley Nº17.418) que con dicha suma no se logra, en un claro detrimento del derecho constitucional de propiedad del asegurado (Art. 17, C.N.), y atentatorio del elemental principio de igualdad, equidad y justicia que debe primar en toda relación contractual, más aún en aquellas regidas por el Derecho a la Seguridad Social.--El Dr. Julio Armando Grisolia reflexiona que:??La misión judicial no se agota con la remisión a la letra de la ley, toda vez que los jueces, en cuanto servidores del Derecho y para la realización de la justicia, no pueden prescindir en modo alguno de la ratio legis y del

espíritu de la norma. La hermeneútica de la ley debe integrarse a su espíritu, a sus fines, al conjunto armónico del ordenamiento jurídico, y a los principios fundamentales del derecho en el grado y jerarquía en que éstos son valorados por el todo normativo, cuando la inteligencia de un precepto, basada exclusivamente en la literalidad de sus textos, conduzca a resultados concretos que no armonicen con los principios axiológicos enunciados precedentemente, o arribe a conclusiones reñidas con las circunstancias singulares del caso o desemboque en consecuencias concretas notoriamente disvaliosas??

Y en este contexto la sentencia en crisis ha omitido considerar numerosos precedentes de orden local (de todas las jurisdicciones) en los se han expedido con relación al tema que nos ocupa, solo por citar algunos de la Cámara Apelaciones en lo CIVIL, COMERCIAL, FAMILIA Y MINERÍA 1RA. de la ciudad de Viedma: que individualiza.-

Finalmente solicitan la reversión del fallo y la condena a la demandada, conforme el capital indemnizable que consiste en veinte veces el haber jubilatorio o de retiro del asegurado, sin salario familiar, debiendo computarse a esos fines el haber bruto correspondiente al mes anterior al fallecimiento.-

3.- Los agravios fueron contestados por la demandada, quien ha referido que a lo largo de la expresión de Agravios en responde, la actora ha pretendido explicar por qué desde su punto de vista entiende inadecuada para resolver en estos actuados la cita de la doctrina legal emanada del fallo "BUFFONI", realizada por la Jueza de grado en su Sentencia. Ello, porque la actora interpreta que difieren los presupuestos fácticos y legales de aquél con este; básicamente ese es su planteo, el desarrollo de su agravio ronda en todo momento sobre ese punto, y un supuesto actuar abusivo de parte de HORIZONTE SEGUROS, que dice no ser tal.-

Ahora bien, de la lectura del líbello en responde puede observarse que la parte actora no estructura adecuadamente una crítica que evidencie con claridad que lo decidido por la Jueza de grado entrañe una errónea aplicación de la norma aplicable, ni que el fallo en crisis adolezca de arbitrariedad.

Dice que el recurso de la actora es improcedente, atento a que el mismo no supera el plano de la discrepancia subjetiva y su pretensión de modificar el criterio que entiende aplicable, sosteniendo que el planteo carece de la debida fundamentación, de sustento fáctico y jurídico que valide su procedencia.

Agrega que debiera recordarse que su mandante reconoció la cobertura y la relación con la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL, con domicilio en calles Rivadavia y José María Guido de la ciudad de Viedma, en carácter de "Contratante" (Tomador), bajo Póliza N° 80024, Ramo: VIDA COLECTIVO, la que en copia se acompañó a la misma y luce agregada en autos (se ofreció como Prueba Documental) Asimismo, dice que cabe recordar -y resaltar- que dicha Póliza (80024) no fue desconocida por la actora; ya que esa parte denuncia la existencia de ese contrato de seguros, reconoce la póliza, sin perjuicio de plantear que -desde su punto de vista- el tope de Australes Diez Millones (equivalentes a \$ 10.000.-) resulta nula, abusiva, por lo que no le resulta aplicable.

Por ello, dice que está fuera de discusión la existencia de la Póliza N° 80024, la autenticidad y veracidad de contenido de la copia acompañada en estos actuados. Incluso, tampoco está desconocido que la Póliza N° 80024 estipula TOPES a la suma asegurada equivalente a 20 (veinte) veces el haber jubilatorio o de retiro sin salario familiar, de cada uno de los asegurados. En tal sentido, dice que corresponde mencionar que la Póliza N° 80024 originaria, desde su entrada en vigencia el 01-10-1990 -y previo a sufrir Endosos y que el causante Carlos Eleodoro VILA se adhiriera en fecha 07-10-1992 a la misma- dispone una suma asegurada equivalente a 20 (veinte) veces el haber jubilatorio o de retiro sin salario familiar.

Pero así también, esa misma Póliza originaria en su art. 6° - ESCALA DE CAPITALS ASEGURADOS, previsto en las Condiciones Generales de la Póliza 80024, dispone reducir al 50% el capital asegurado a partir de los 70 años de edad de los Asegurados que integran el "grupo asegurable". Ese resulta ser el primer TOPE previsto en la Póliza N° 80024 aplicable en estos actuados. Y, posteriormente, mediante Endoso practicado sobre la Póliza N° 80024, se modifican los artículos 3° y 5° de la Póliza, disponiendo el primero de ellos el segundo TOPE sobre sumas aseguradas, que en su parte pertinente textualmente dispone: "A PARTIR DE LAS 12:00 HORAS DEL DIA 1\* DE OCTUBRE DE 1991, AL PRODUCIRSE LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE MODIFICAN LOS ARTICULOS 3\* Y 5\* DEL ANEXO "A". LOS QUE QUEDARAN REDACTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA: ARTICULO 3\*: LA SUMA ASEGURADA SERA EL 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= 100.000.000,00). SE COMPUTARA A LOS EFECTOS DE LA

DETERMINACIÓN DEL CAPITAL, EL HABER CORRESPONDIENTE AL MES ANTERIOR AL DEL FALLECIMIENTO.- ..." (cita textual) El resaltado en negrita nos pertenece.

Refiere también al endoso que dispone el segundo tope que entró en vigencia el 01-10-1991, y que quién en vida fuera el Sr. Carlos Eleodoro Vila fue incorporado a la Póliza N° 80024 en fecha 07-10-1992, tal como surge del Formulario de "Solicitud Individual ? Seguro Colectivo de Vida?" que dice agregados en autos. Sostiene entonces que cuando el causante adhirió a la Póliza que rige la relación, y obliga a HORIZONTE SEGUROS, la misma ya contaba con dos 2 topes a las sumas aseguradas.

Que HORIZONTE SEGUROS -tal como surge acreditado en autos, e incluso ha sido reconocido por la parte actora- oportunamente canceló a los Beneficiarios (hoy parte actora) la suma de \$ 10.000.-, equivalente a la de australes diez millones prevista como tope en la Póliza N° 80024, art. 3º del Suplemento Adicional que entró en vigencia el 01-10-1991; suma que fue cancelada a los actores en partes iguales.

En consecuencia, y tal como dispone el fallo de grado, nuestra mandante HORIZONTE SEGUROS respondió en los términos del contrato, cancelando oportunamente el monto indemnizatorio correspondiente; no debiendo responder más allá del tope previsto en la misma.

Es por ello, que la demanda de autos debe ser rechazada en todos sus términos, tal como ha resuelto la Jueza de grado; solicitando a VE rechace el planteo de la parte actora y confirme el fallo de primera instancia en todos sus términos. Con costas.

Que en estos actuados -y tal como dispone la Jueza de grado- resulta adecuada la cita de la doctrina legal emanada del fallo "BUFFONI", como así también el que a continuación se cita:

Recientemente el SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTICIA DE RIO NEGRO, dictó SENTENCIA N° 08/2020 de fecha 16 de marzo de 2020, en autos ROMERO, ELIZABETH SOLEDAD Y OTRA C/GONZALEZ, JUAN DE LA CRUZ Y OTRAS S/ORDINARIO S/CASACION" (Expte. N° 514-09 // 30588/19-STJ-), mediante la cual ha ratificado -reforzado aún más- criterio sostenido por el Máximo Tribunal provincial en cuanto a que las aseguradoras deben responder "en la medida del seguro" contratado, que las cláusulas, condiciones, limitaciones y/o exclusiones a la cobertura resultan oponibles a los terceros.

Que en conclusión, dice que se encuentra suficientemente probado en estos actuados tanto la "existencia de la Póliza N° 80024", como "las cláusulas, términos, condiciones y

límites dispuestos en la misma; no sólo la reducción al 50% del capital asegurado a partir de los 70 años (edad que el causante Carlos Eleodoro VILA había superado al momento de su fallecimiento); sino también el tope previsto en el art. 3º que dispone -a partir de las 12 horas del día 01 de OCTUBRE de 1991- que el capital asegurado no superará la suma de australes cien millones, que equivalen a pesos diez mil"; como así también, ha quedado acreditado y -expresamente- reconocido por los accionantes "el pago de \$ 10.000.- en conjunto realizado por HORIZONTE SEGUROS a favor de las actores, en relación a liquidación por Póliza N° 80024, por muerte de Carlos Eleodoro VILA".

4.- Analizadas las posturas mantenidas por ambas partes, traducidas en la expresión de agravios y su contestación, todo en torno a la sentencia que ha rechazado la demanda; anticipo al acuerdo que me he de expedir por la revocación del fallo recurrido.-

Esta Cámara se ha pronunciado el 04 de junio de 2021 en los autos caratulados: "GLANZ NORA BEATRIZ y GLANZ RAQUEL GRACIELA C/ HORIZONTE CIA ARGENTINA DE SEGUROS GENERALES S. A. S/ COBRO DE PESOS (Sumarísimo) " (Expte. N° B-2RO-195-C5-17), en un caso de indudable similitud con los presentes, y en el que la diferencia ha estado en que en primera instancia se había hecho lugar a la demanda; sentencia que este cuerpo confirmó con el voto rector del estimado colega Dr. Dino D. Maugeri, compartido por el también estimado colega Dr. Gustavo A. Martínez. y con la abstención del suscripto.-

Entre los fundamentos de ese fallo se tiene que "... surge sin embargo claramente cuestionada la razonabilidad del tope previsto en la póliza oportunamente contratada, tope que a tenor del promedio de los haberes jubilatorios del grupo al año 2016 importaría limitar la cobertura de los asegurados a tan solo una vez y media el haber promedio percibido, cuando lo contratado fue un seguro de vida cuyo monto equivalía a 20 veces la remuneración o haber percibido. Claramente validar la aplicación de dicho tope sin más importaría suprimir el seguro contratado. Y ese cuestionamiento, como así también la comparación efectuada -y contraste comprobado- con la permanente actualización del tope previsto en el seguro contratado entre el estado provincial y la aquí demandada, referido a los agentes públicos, no han sido abordados por la recurrente, como tampoco han sido abordados los argumentos brindados por la magistrada para desestimar la aplicación al presente de la doctrina legal emergente del precedente ?ROMERO? de nuestro máximo tribunal provincial. Precisamente nos

hallamos en el marco de un seguro de personas, no de responsabilidad civil (como en los precedentes citados), y lo que se mociona en la sentencia atacada no es la actualización de la suma asegurada sino la necesaria adecuación del tope a la misma, con el transcurso del tiempo, de modo de impedir que, por obra del esperable incremento en el tiempo de las remuneraciones y haberes jubilatorios, el tope nominal fijado hace más de veinte años opere como clausura o fulminación del seguro, ya no como tope. En modo alguno se ha predicado la actualización de la suma asegurada sino la irrazonabilidad de un tope que desnaturaliza la prestación comprometida haciéndola meramente ilusoria ... Solo para demostrar la irrazonabilidad del tope de pesos diez mil invocado por la recurrente, destaco que al año 1991 y por obra de la Ley de Convertibilidad 23.928 equivalían a diez mil dólares estadounidenses, hoy equivalentes en forma aproximada a un millón seiscientos mil pesos (\$ 1.600.000.-), de computarse el dólar ahorro o solidario, lo que guarda razonabilidad al impedir que las personas que percibieran haberes jubilatorios más altos (la pericia actuarial informa que al 2016 el más alto era de \$ 133.189.-), que seguramente compondrían el universo más acotado, se beneficiaran con una indemnización muy elevada. Pero lo cierto es que del modo propuesto lo que se lograría, de receptar la postura de la recurrente, es prácticamente fulminar la prestación a su cargo, importando ello un claro enriquecimiento sin causa en su favor, circunstancia ciertamente inadmisibles. Agrego por lo demás que me resulta llamativa la postura aquí adoptada cuando habiendo verificado innumerable cantidad de causas tramitadas en la primera circunscripción judicial de nuestra provincia por esta temática, advierto que la aquí recurrente no ha cuestionado en modo alguno la declaración de nulidad del tope dispuesto por abusivo, limitando su faena recursiva tan solo al límite emergente del artículo 6 de las Condiciones Generales, argumento invocado a todo evento en su recurso al que me referiré a continuación. Y todo en el marco de la aplicación al presente del régimen consumeril, y de un contrato de adhesión, aspecto de la sentencia que no ha sido cuestionada por la recurrente, del que resultan que las cláusulas de los contratos que desnaturalicen las obligaciones se tendrán por no convenidas debiendo efectuarse una interpretación del mismo en el sentido más favorable al consumidor (art. 37 LDC y arts. 988 inc.a, 1119 y 1122 inc. b, CCyC). En ese marco, advierto que además la aseguradora aquí demandada no ha acreditado haber informado (art. 4 LDC, 1100 del CCyC) debidamente a los adherentes de la modificación sustancial de la cobertura dispuesta por obra del tope introducido en forma unilateral y mucho menos de la desnaturalización posterior de la cobertura contratada

que importaba pretender mantener tal tope nominal con el transcurso de los años, resultando dese esa perspectiva el tope antedicho inoponible al asegurado y sus beneficiarios. No surge en autos que la adherente al seguro, madre de las actoras, haya sido anoticiada oportunamente del cambio de las condiciones que significaba el tope dispuesto unilateralmente por la demandada ni de su mantenimiento en el tiempo. Se ha dicho respecto de la finalidad del seguro colectivo de vida e interpretación de sus cláusulas y de la obligación de la aseguradora de informar debidamente a los adherentes cualquier modificación sustancial del contrato: ?IX. Finalidad del contrato. Reglas de interpretación. La finalidad de los seguros colectivos es tuitiva y de naturaleza alimentaria pues tiende a proteger al individuo de las contingencias propias de su existencia individual, su función es social y, por ende, las reglas de interpretación específicas que le son atinentes favorecen, en caso de duda razonable, el rechazo al desconocimiento de sus derechos y, por tanto, en ese caso corresponde apartarse de la literalidad de sus términos...XVII. El deber de información a los asegurados. Límites. En razón 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, obviamente, 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 consiguiente, de las exclusiones de cobertura. En consecuencia, como en ningún otro riesgo se hace indispensable que, como mínimo, conozca el contenido del contrato y todas las modificaciones que se le introduzcan, todo a través de una información clara y precisa. En consideración a lo expuesto, se tiene expresado que "si bien las partes contratantes en el contrato de seguro colectivo son el tomador y la aseguradora, 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". La Ley de Seguros no hace mención al tema. Sin embargo, una jurisprudencia integradora y sustitutiva del silencio del legislador, tiene expresado que, ante la facultad unilateral del asegurador de modificar el contenido de la póliza, "no parece dudoso que la eventual oponibilidad al beneficiario

del seguro se encuentra subordinada a un mínimo de publicidad, bien sea mediante la notificación directa, bien a través de alguna forma de publicación...facultad (la de modificar el contrato) que el asegurador debe ejercer sin lesionar los derechos de los beneficiarios. Se comprende entonces que para determinar si existe o no tal lesión, es indispensable que los interesados accedan al contenido de la modificación, puesto que es la única manera en la que pueda determinarse la posible afectación en los derechos y deducirse por los interesados las acciones que potencialmente puedan corresponder". De allí nuestra adhesión a sistemas que, como el francés, preceptivamente establecen que el tomador debe dar noticia al adherente del informe efectuado por el asegurador que defina las garantías y sus modalidades para su entrada en vigor y que la prueba del remito de la noticia al adherente y de la información relativa a las modificaciones contractuales incumbe al tomador (art. L. 140-4, Code des assurances). En consideración a lo expuesto, se ha declarado la inoponibilidad a los asegurados de las cláusulas que no han sido llevadas a su conocimiento. Es por ello que, tratándose el seguro de grupo de un contrato de larga duración, ya en etapa funcional, la carga informativa exigible al tomador, formalmente debe ser emitida por escrito y dirigida a los adherentes cuyo contenido se encuentre relacionado con las modificaciones introducidas al contrato originario, especialmente las referidas a los derechos y obligaciones y, muy particularmente, a la delimitación del riesgo y de él, las exclusiones de cobertura. Efectuada la notificación, toda las alteraciones son oponibles a los adherentes, en la medida de su legalidad. De ello se deduce que el conocimiento del texto sustituye o presupone el consentimiento, dado que sería impracticable requerirlo a miles o decenas de miles de adherentes. Inversamente, las no informadas y, por tanto, desconocidas por el adherente, no le son oponibles? (SEGURO COLECTIVO DE VIDA, Stile, Enrique M., Publicado en: RCyS 2006 , 107, Cita: LALEY AR/DOC/1634/2006; SEGURO COLECTIVO O DE GRUPO, Stiglitz, Rubén S., Publicado en: LA LEY 2003-E , 1220, Cita: LALEY AR/DOC/10525/2003). Resulta esclarecedor un reciente pronunciamiento de la Cámara Nacional en lo Comercial en un pleito relacionado con un seguro colectivo de vida, al igual que en el presente: "En su voto al que adherí, mi apreciado colega el doctor Heredia dijo que: "De acuerdo a conocida jurisprudencia, las cláusulas de las pólizas de seguros de vida colectivos que exigen una "incapacidad total y permanente" del afectado, no deben ser entendidas con un alcance absolutamente literal que conduzca, en la práctica, a la supresión de los beneficios. Ha estimado razonable, en cambio, considerar que la incapacidad

contemplada no es solo la que imposibilita en forma absoluta para cualquier trabajo - hipótesis que jugaría únicamente en los casos de personas reducidas a vida vegetativa- sino también la que obsta a la posibilidad de ejercer tareas remuneradas acordes con la habilidad reconocida del peticionario. Es que la definición del grado de incapacidad, a los efectos del seguro de vida colectivo, no puede ser formulada atendiendo a posibilidades teóricas o abstractas de trabajar -máxime desde el punto de vista interpretativo de la uberrima bona fides propio de este contrato-, sino ponderando si en la concreta situación del asegurado éste cuenta con posibilidades de obtener un empleo adecuado a sus circunstancias o de desempeñar otra actividad sustitutiva de la que venía desarrollando. Por otra parte, es pertinente recordar que en regímenes tuitivos como el de los seguros de vida colectivos, no debe llegarse al desconocimiento de los derechos sino con extrema cautela, correspondiendo en caso de duda reflexiva resolver a favor del destinatario del régimen habida cuenta de la gravedad de las consecuencias que podrían acarrearle una decisión adversa y el carácter alimentario de la cobertura en juego (conf. CNCom., esta Sala, 14/02/2008, ?Fantoni, Raúl A. c. Caja De Seguros SA s/ ordinario?; CNFed. Civ. Com., Sala I, causa N° 2865/93 ?López, Ángel A. c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro?, sentencia del 21/09/1999; íd., Sala II, causa 6841 ?Riedel, Domingo V. c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro?, sentencia del 08/03/1990; íd., Sala II, causa 8559 ?Mandozi, Antonio L. c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro?, sentencia del 06/09/1991; íd., Sala II, causa N° 2632/95, ?Canteras Malagueño SA c. Caja Nacional de Ahorro y Seguros s/ cobro de pesos?, sentencia del 08/06/1995; íd., Sala II, causa N° 2752/92 ?Bonelli, Jorge O. c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro?, sentencia del 02/10/1996; íd., Sala II, causa N° 9444/93 ?Carrizo, Francisco S. c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro?, sentencia del 17/06/1997; íd., Sala II, causa 8704/92, ?Zaracho, Pedro c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro?, sentencia del 30/04/2001; íd., Sala III, causa 5560/91, ?Poggi, Osvaldo A. c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro (en liquidación) s/ cobro de seguro?, sentencia del 21/03/2005; íd., Sala III, causa 330/92, ?Galván, Atilio F. c. Caja Nacional de Ahorro y Seguro s/ cobro de seguro?, sentencia del 26/06/2007)? (CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO COMERCIAL, SALA D, ?R., N. E. c. MetLife Seguros S.A. s/ Ordinario?, 30/03/2021, Cita: LALEY AR/JUR/6485/2021). Su segundo agravio formulado a todo evento tampoco puede tener recepción. Y ello toda vez que el planteo o defensa referido a la limitante que surge del art. 6 de las Condiciones Generales no fue introducido por la recurrente en forma

oportuna al momento de contestar la demanda (traba de la litis) de modo que nos impide entrar a su consideración (art. 277 del CPCyC) no habiéndose por lo demás tampoco aplicado tal limitante por la recurrente en la instancia administrativa al liquidar el siniestro. En ese sentido, como bien lo colaciona la actora, se ha expedido nuestro cívico tribunal en lo que constituye doctrina legal obligatoria (art. 42 Ley 5190): ?Ingresando ahora al examen de los planteos recursivos articulados, cabe señalar su insuficiencia en orden a habilitar la procedencia de la instancia extraordinaria local intentada. En efecto, de la lectura del escrito casatorio de fs. 131/138 y vta. se observa que el agravio referido a la reducción del capital indemnizable que pretende el demandado no ha sido introducido en la primera oportunidad procesal. Por el contrario, ese fundamento fue tardíamente invocado en la presentación de los alegatos de fs. 90/91 y vta. a pesar de configurar una defensa de fondo frente a lo solicitado por la actora en su acción, razón por la que debió introducirse en la primera oportunidad procesal, al contestar la demanda (ver fs. 37/41 y vta.). Es decir, si el objeto de la discusión en autos es la pertinencia o no del deber de la demandada de pagar una suma equivalente a veinte (20) haberes del asegurado -invalidando el tope en Australes (A 100.000.000)-, entonces la interesada debió indicar en esa contestación todas las limitaciones o defensas que consideraba pertinentes frente a esa pretensión, pues era el modo de incluirlas en la traba de litis. En este sentido se advierte que la Cámara señala con acierto la extemporaneidad del planteo de la aseguradora, pues resulta manifiesto que las cláusulas limitantes que ahora invoca, ni siquiera fueron aplicadas por la propia recurrente en la instancia administrativa -al momento de abonar a la beneficiaria lo que consideraba correcto-, lo cual convierte en inverosímil el agravio relativo al apartamiento por parte del Juez de los términos y condiciones generales de la póliza contratada. Surge entonces que la casacionista no ha cumplido con la exigencia que establece el último párrafo del art. 286 del CPCyC y ese incumplimiento primigenio descarta de plano la verosimilitud del agravio relativo a la inaplicabilidad del art. 1197 del Código Civil o la violación al art. 163 inc. 3 del CPCyC. Este Cuerpo tiene dicho que el art. 286 "in fine" del CPCyC, establece como requisito para el acceso a la vía casatoria que el fundamento que constituirá la sustancia del recurso sea introducido en la primera oportunidad procesal, es decir, se debe plantear concretamente el argumento sobre el que luego versará el contenido del recurso local. Y esa crítica puntual no puede derivarse de la interpretación de otro planteo jurídico efectuado por el recurrente, ni de la simple alusión de la norma supuestamente infringida -en este caso contractual-, o de

la genérica aplicación del principio "iura curia novit", porque de ser así evidentemente la norma procesal aludida (art. 286 "in fine") quedaría privada de toda validez. (Conf. STJRNS1 - Se. N° 98/16, in re: "RAYEN CURA S.A.I.C."). Tal como lo señalara la Cámara siguiendo el criterio de este Tribunal, la exigencia de oportuna introducción del planteo -o agravio en el caso- define la "relación procesal" y constituye el fundamento y columna del proceso, base y piedra angular del juicio. Dicha relación procesal, en la mayoría de los supuestos, se integra con los actos fundamentales de las partes al promover "demanda" y presentar su "contestación". Ampliar posteriormente las defensas con los argumentos que se omitieron esgrimir, violenta la relación dialéctica entre las partes. Además, el principio dispositivo impone al interesado la carga de repeler la pretensión puesta en movimiento con todos los elementos de hecho y de derecho a su alcance, ya que en esos parámetros queda establecida de manera precisa la esfera en la que ha de moverse luego la sentencia. Es decir, frente a la solicitud de la actora de recibir determinada suma de dinero, la demandada debió interponer todas las defensas y excepciones que creía válidas para hacer frente a esa pretensión. Era su carga procesal incorporar en tiempo procesal oportuno todas las reglas que entendiera como limitantes de su obligación, sin embargo no lo hizo y ahora deviene improponible? ("GARCIA, Haydee María c/HORIZONTE COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES S.A. s/COBRO DE PESOS (Ordinario) s/ CASACION" , Expte. N° 29963/18-STJ-, Se. 24/10/2018; entre otros). ...".-

Mis colegas en el precitado fallo, han coincidido en la impertinencia de equiparar la situación a los conceptos que integran la doctrina legal, por caso con "Romero" , y de los demás precedentes de nuestro S.T.J. que han seguido el criterio de la C.S.J.N. en virtud del respeto al criterio contractualista del seguro; y a esa línea adhiero, sin perjuicio de agregar que en mi opinión no se estaría contrariando la doctrinal legal del citado precedente "Romero" -ROMERO, ELIZABETH SOLEDAD Y OTRA C/GONZALEZ, JUAN DE LA CRUZ Y OTRAS S/ORDINARIO S/CASACION . (Expte. N° 514-09 // 30588/19-STJ-), del 16 de marzo de 2020- ; por lo pronto no está demás resaltar que el aquí también demandado -"HORIZONTE SEGUROS" consintió el fallo al que ha aludido -Glantz-, por lo que no se cuenta con el criterio del cimero tribunal, en torno a la virtual afectación de la doctrina legal vigente.-

En cualquier caso, en mi opinión la aplicación de ese tope aparece como claramente injusto. Primero que nada, porque resulta inadmisibles que la prestación del seguro haya quedado congelada a valores del año 1.991; pero no obstante, los sucesivos salarios del

causante y haberes jubilatorios del causante,, resultaron descontados con los porcentajes que variablemente acompañaban la evolución positiva del ingreso. Me resulta ofensivo y de una inequidad manifiesta.-

En efecto, el mismo asegurador reconoce en su contestación de demanda -fs. 61 y vta.- que no estamos en presencia de un seguro de responsabilidad civil, sino de "personas" por lo cual la prestación que se abona no tiene la naturaleza de una "indemnización"; por lo cual desde ese punto de vista, la primera conclusión que se extrae es que no se encuentra regida la situación por la doctrina legal de aplicación obligatoria, del referido fallo "Romero". En efecto, si la matriz de la cuestión es el respeto al principio del contrato entre la aseguradora y el asegurado; no hay un compromiso de indemnidad hasta una suma determinada, sino un tope introducido sin conocimiento del causante

Es claro también, que si bien la normativa del seguro no ha sido derogada por la de Defensa del Consumidor, no por ello debe dejar de aplicarse en todo lo que resulte no legislado, conforme la esencia de la ley general que cubre el espacio que deja la ley especial; y en esa tesitura resulta palmaria la falta de información útil al causante; que de haber sido tal, resultaría fuerte la probabilidad de finalizar el contrato, en función de la naturaleza propia del instituto -que implica generar una especie de fondo de reserva que contribuya a la tranquilidad individual o familiar ante la contingencia vital o incapacitante, para evitar imprevisiones y situaciones aciagas. En suma, el fundamento esencial de un seguro de vida, que apunta a la tranquilidad futura.

Siendo un seguro optativo, con la información adecuada, posiblemente ningún contratante toleraría mantener vigente un contrato en virtud del cual, todos los meses y por décadas se soporta un descuento en los haberes que progresivamente se traslada a los aumentos; pero que al momento de efectivizarse la prestación, la misma se reduce a un tope por una suma detenida en el tiempo, a valores del año 1.991 y que -además- de no existir este remate; igualmente al cumplir los 70 años el causante ve disminuida su prestación a la mitad.-

Resulta verdaderamente ofensiva la prestación, y de una abusividad manifiesta la cláusula respectiva, si como contrapartida, tenemos que la promesa son veinte haberes jubilatorios sin salario familiar y que al abonarse como se hizo la suma de \$ 10.000,00.- no se ha reparado que al tiempo de la introducción del tope en cuestión -octubre de 1.991- se encontraba vigente la convertibilidad peso-dolar, por lo que al uno a uno; hoy ese importe -tomando aunque sea el piso del dolar oficial- superaría holgadamente el millón de pesos.-

Hemos dicho el 30 de noviembre de 2020, con el voto rector del apreciado colega Dr. Gustavo A. Martínez, en autos "GATICA JESSICA PAOLA C/ HORIZONTE CIA DE SEGUROS GENERALES S.A S/ ORDINARIO (Anterior B-2RO-255-C5-17) " (Expte. N° A-2RO-1560-C5-18); que "...Rige la relación el sistema tuitivo de los consumidores y resulta entonces aplicable entre otras, la ley 24.240 y las pertinentes disposiciones del Código Civil y Comercial, aunque deberán observarse las previsiones del contrato de seguros y la ley 17.418 que reviste carácter especial. Los precedentes del Superior Tribunal de Justicia que trae el recurrente, -entre ellos 'Romero c/ González'- refieren a supuestos de reclamaciones hechas por terceros víctimas de un ilícito en supuestos de responsabilidad civil, no obstante lo cual hemos de observar que como allí se sostuvo con citas doctrinarias y del cimero tribunal de la Nación, 'La obligación del asegurador de reparar el daño tiene naturaleza meramente contractual, y si su finalidad es indemnizar al asegurado de los perjuicios sufridos por la producción del riesgo asegurado, su origen no es el daño sino el contrato de seguro. De tal manera que la pretensión de que la aseguradora se haga cargo del pago de la indemnización más allá de las limitaciones cuantitativas establecidas en el contrato carece de fuente jurídica que la justifique y, por tanto, no puede ser el objeto de una obligación civil'..."-.

En mi opinión, la cláusula convocante -en cuanto limita la prestación a \$ 10.000,00.- importa la desfinanciación del seguro en particular, y para que su aplicación resulte legal, debe haberse informado con absoluta claridad, para evitar el abuso de poder del predisponente.-

En el presente caso, no se ha conducido con esa previsión la aseguradora y corresponde entonces tenerla por abusiva e inaplicable; respecto al endoso n° 000916 -fs. 54.-

Correspondería entonces, liquidar el caso contemplando el ingreso del causante al mes de julio de 2014, que conforme la constancia de fs. 02 y 15; percibía un haber neto de \$ 25.167.29.- y consecuentemente, la suma a abonar sería de \$ 251.672,90.-; teniendo presente que luego de haber cumplido los setenta años el capital se ha reducido contractualmente a la mitad -conforme el acta de defunción de fs. 17-, y por ello computo diez haberes; resultando útil recordar que esa cláusula no ha sido objetada por la parte actora. Deducido lo ya abonado, la suma de condena sería -si mi propuesta es compartida- de \$ 241.672,90.- (Pesos doscientos cuarenta y un mil seiscientos setenta y dos con noventa centavos); en conjunto para los reclamantes; suma que llevará intereses desde la fecha de fallecimiento del causante y hasta el efectivo pago, con aplicación de la tasa activa prevista en la doctrina legal de nuestro STJ, en autos "Loza Longo",

"Jerez", "Guichaqueo" y "Fleitas" y la que pudiera suplantarlas a futuro.-

Entonces propongo al acuerdo revocar la sentencia de primera instancia y acoger parcialmente la demanda interpuesta por la Sra. María Gabriela Vila, y por los Sres. Rubens Hiza Vila y Carlos Ernesto Vila Llanos contra Horizonte Cía Argentina de Seguros Generales S.A. por las razones expuestas en los respectivos considerandos, con costas a la demandada por aplicación del principio objetivo de la derrota (art. 68 del C.P.C.C.). Asimismo y atento lo dispuesto por el art. 279 del CPCC, corresponde adecuar la regulación de primera instancia, que conforme la base de \$ 20 de la Ley G 2212 corresponde determinar la base regulatoria en la suma de \$ 241.672,90.- monto acogido en la sentencia- proponiendo regular a los Dres. Rubens Hiza Vila y Carlos Ernesto Vila Llanos, la suma conjunta de \$ 43.500,00.- (tres etapas) y para los Dres. Francisco Marciano Brown y Sebastián Zarasola, ambos en el doble carácter por la demandada y por dos etapas, en la suma conjunta de \$ 37.217,50.- De conformidad con lo establecido por los arts. 6,7,8,9,10,39 y conchs. de la Ley G 2212. Por la actividad de segunda instancia, en el 30 % de los regulados por la primera a los Dres. Rubens Hiza Vila y Carlos Ernesto Vila Llanos y en el 25 % para los Dres. Francisco Marciano Brown y Sebastián Zarasola, en el 25 % de la misma regulación (arts. 6 y 15 de la ley G-2212); conforme los fundamentos expuestos en los considerandos. ASI VOTO.-

EL SR. JUEZ DR. DINO DANIEL MAUGERI, DIJO: Que compartiendo los fundamentos expuestos por el Dr. VICTOR DARIO SOTO, VOTO EN IGUAL SENTIDO.-

EL SE. JUEZ DR. NELSON WALTER PEÑA, DIJO: Que atendiendo a la coincidencia de opinión de los dos primeros votantes, se abstiene de emitir su opinión (art.271 C.P.C.).-

Por ello, y en mérito al Acuerdo que antecede, la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y de Minería,

RESUELVE: 1.- Revocar la sentencia de primera instancia y acoger parcialmente la demanda interpuesta por la Sra. María Gabriela Vila, y por los Sres. Rubens Hiza Vila y Carlos Ernesto Vila Llanos contra Horizonte Cía Argentina de Seguros Generales S.A., con costas a la demandada por aplicación del principio objetivo de la derrota (art. 68 del C.P.C.C.); según los considerandos.-

2.- Atento los términos del art. 279 del CPCC, adecuar la regulación de primera instancia, con base regulatoria -art. 20 de la Ley G 2212- en la suma de \$ 241.672,90.-; regulando los honorarios de primera instancia de los Dres. Rubens Hiza Vila y Carlos

Ernesto Vila Llanos, en la suma conjunta de \$ 43.500,00.- (tres etapas) y para los Dres. Francisco Marciano Brown y Sebastián Zarasola, ambos en el doble carácter por la demandada y por dos etapas, en la suma conjunta de \$ 37.217,50.- De conformidad con lo establecido por los arts. 6,7,8,9,10,39 y conchs. de la Ley G 2212. Por la actividad de segunda instancia, en el 30 % de los regulados por la primera a los Dres. Rubens Hiza Vila y Carlos Ernesto Vila Llanos y en el 25 % para los Dres. Francisco Marciano Brown y Sebastián Zarasola, en el 25 % de la misma regulación (arts. 6 y 15 de la ley G-2212); conforme los fundamentos expuestos en los considerandos.-  
Regístrese, notifíquese y vuelvan a origen.-

VICTOR DARIO SOTO  
JUEZ DE CÁMARA  
DINO DANIEL MAUGERI  
JUEZ DE CÁMARA

NELSON WALTER PEÑA  
JUEZ DE CÁMARA  
(En abstención)

Certifico que el acuerdo que antecede fue arribado a través de los medios informáticos disponibles, atento la modalidad de trabajo vigente en función de la acordada 04/2021 de nuestro S.T.J.- CONSTE.

PAULA CHIESA  
SECRETARIA

gm