

Juzgado Civil, Com. y Minería N° 1
I Circunscripción Judicial
Sentencia Definitiva N°47

Viedma, 11 de octubre de 2019.-

VISTOS: los presentes autos caratulados "PANETTA ARASELI CAROLINA Y OTRA C/ HORIZONTE COMPAÑIA ARGENTINA DE SEGUROS GENERALES S.A. S/ COBRO DE PESOS (Sumarísimo) - EXPTE. N° 0041/19/J1, traídos a despacho a los fines de resolver; y de los que

RESULTA:

1.- Que a fs. 48/52 se presenta Araseli Carolina Panetta y Solange Graciela Panetta, por apoderado e inician formal demanda de cobro de pesos contra "Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A", reclamando la suma de \$1.074.299,60 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 quien era en vida el padre de las actoras, adquirió el seguro colectivo que la entonces la Caja de Previsión Social contrató con la demandada Horizonte. Que el riesgo cubierto era la muerte por enfermedad o accidente, cada asegurado debía cumplir con la solicitud de incorporación plasmada a través de la designación de beneficiarios.-

Explican que disuelta la caja el descuento lo siguió realizando la Anses en favor de la demandada, dice que se ha constatado en su recibo de haberes previsionales se le hacían descuentos por "Seg. Optativo Horizonte" por la suma de \$ 390.00.-

Que como adherente al seguro de vida colectivo el Sr. Oscar Eduardo Panetta designó a sus hijas Araseli Carolina Panetta y Solange Graciela Panetta como beneficiarias del mismo, como la demandada lo ha reconocido administrativamente al abonarle en fecha 21/11/2018 la exigua suma de \$ 25.000 (\$12.500 a cada una).-

Cuentan que el día 02 de octubre de 2018 fallece en la ciudad de Viedma, Provincia de Río Negro, su padre el Sr. Óscar Eduardo Panetta quien era pasivo del Estado Provincial. Explican por póliza N° 080024 la suma asegurada correspondiente es de 20 sueldos, aplicando así la demandada una modificación de forma arbitraria e unilateral cuando impone a partir de 1991 un tope de 100 millones de australes que por conversión quedaron en \$10.000.-

Funda su reclamo que dicho tope no fue comunicando al padre de las actoras por lo expuesto este debe ser dejado sin efecto por ser irracional e inconstitucional y abonar la suma prevista en la póliza descripta.-

Definen que al multiplicar la suma del salario del causante del mes 09/18 de \$54.964,98 por 20 sueldos que arrojan \$1.099.299,60, a lo que se le restan los \$25.000 pagados a las actoras en sede administrativa, arroja la suma de \$1.074.299,60 que aquí solicitan-

Indican que la demandada pretendía que las actoras firmaran un recibo que decía que ¿nada más tenían para reclamar? como previo al cobro de las sumas abonadas.-

Señala que el pago del tope de \$ 25.000 representa un 2.5% de lo que las beneficiarias, les hubiera correspondido es decir la reducción en virtud del tope fue de 97.5 % aproximadamente.-

En función de ello cita jurisprudencia local en base a la inaplicabilidad de los topes fijado por Horizonte. Efectúa liquidación. Realiza otras consideraciones, funda en derecho, acompaña documental, ofrece prueba y concreta su petitorio.-

2.- Que conferido el traslado de la demanda, a fs. 70/75 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, 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 las actoras cobraron la suma de \$12.500 a cada una, es decir los \$ 25.000, correspondiente al actual tope, que aun cuando la suma a pagar no tenía se le aplicará tope no correspondía 20 haberes como sostiene las actoras. Dicho capital indemnizable desde los 70 años queda reducido a la mitad.-

Expresa que la fecha de fallecimiento del asegurado fue 02/10/2018 y la de nacimiento data del 27/04/1945, es decir poseía más de 70 años al momento de su muerte. En este caso el Art. 6 de las condiciones generales de la Póliza N° 0008024 establece en su inciso 3 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 admitiré posteriores aumentos?. Igualmente en el art. 13 inc. 2, se dispone que para el caso que los jubilados obtén por seguir con el seguro como el Sr. Panetta, que poseía más de 70 años al momento de su muerte le correspondería como suma asegurada 10 sueldos no 20 sueldos .-

Indica que el seguro de vida fue contratado voluntariamente y que si el mismo perjudicaba al Sr. Panetta, 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 descrita 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. 77 y vta. se presenta la actora y solicita que se declare la cuestión de puro derecho ante la falta de hechos controvertidos, lo que fue resuelto a fs. 78. Ante tal declaración a fs. 79 la parte actora amplía sus argumentos vertidos en demanda. A fs. 82 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.-

II.-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 empleada del Estado, en este caso ya pasivo, según es determinado en demanda y reconocido en la contestación de la demandada vertida a fs.41/45 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- STJRS1 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. (STJRS1 Se. 71/10 "Bocanegra"; STJRS1 Se. 95/10 "Henkel").-

III.- 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 por la actora que obra a fs. 6/47 -la cual fue certificada por un representante de la propia demandada-, obra toda la documentación del afiliado Sr. Oscar Eduardo Panetta parte del expediente de Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A correspondiente al siniestro N° 12450/18 -Sección Vida- Contratante C.P.S ANSES, Póliza N° 80024, Beneficiarias Sras. Araseli Carolina Panetta y Solange Graciela Panetta, Póliza 000080024 con último endoso N° 029736 en vigencia desde el 27/04/2017 (fs 39/47 y vta).-

Asimismo observo la constancia de defunción el día 02/10/2018 a fs. 15, solicitud de seguro individual de fs. 17, orden de pago emitida por Horizonte al Banco, recibo de pagos y transferencias bancarias por \$ 12.500 a cada actora en su calidad de beneficiarias -fs. 29/38- en fecha 21/11/2018.-

De la documentación acompañada por la actora y certificada por la demandada, especialmente del reconocimiento expreso que realiza la compañía demandada en su contestación de fs. 71 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 las beneficiarias aquí actoras, estos puntos no han sido materia de controversia por las partes, no así el monto que conforma dicha indemnización frente la procedencia -o no- del tope indemnizatorio establecido en el art. 3 de la póliza N° 080024, con último endoso 029736 a fs.46/47.-

IV.- 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).-

Por 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 predisuestas, y la suma asegurada se mantuvo pétrea en los cien millones de australes (luego pesificados en \$10.000 a partir de enero de 1992 y a partir de 2017 fijada en \$ 25.000).-

Examinando la documentación acompañada y certificada en sede administrativa por la Compañía a fs.39/47, 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.?.-

Luego del 14/06/2016 por medio del endoso N° 028565 se modificó el monto de tope del art. 3 a \$ 18.143 Por último, el endoso N° 029736 agregado a fs. 46/47 en su art. 3 modifica la suma asegurada a \$25.000 y fija la prima máxima en \$390 por cada asegurado en el Art. 4.-

Aún cuando se acreditó en autos que la prima que le cobraba al Sr. Panetta antes de su fallecimiento era la pactada en este último endoso de \$390, observo que dicha transformación del contrato es de carácter unilateral.-

Por un lado no se ha demostrado por la Aseguradora la notificación al asegurado de la variación de las condiciones contractuales y ante la vigencia indeterminada del plazo contractual fs.39/47, no tiene modo de advertir el asegurado la existencia de una modificación contractual si no se lo notifica expresamente.-

Igualmente aún notificado el asegurado, el nuevo límite de suma asegurada es parte del mismo contrato, esta enmienda al ingresar por un endoso a la póliza 080024, debe analizarse junto a las condiciones generales de la misma que siguen vigentes y que rigen como ley para las partes.-

Este monto operó -cuando era de \$10.000 y lo sigue haciendo ahora con \$25.000, 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 durante más de 20 años (desde 1991 o de su pesificación en 1992) y que lógicamente traído al presente arroja un resultado anacrónico y arbitrario.

Debo remarcar que este contrato en sus cláusulas generales determina el método de cálculo de la prima estableciendo una 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. Panetta 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).-

V.-Entonces, la prima cobrada por Horizonte durante 20 años 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. Panetta (bajo la responsabilidad de la Aseguradora quien debió reformular el contrato en vista al mantenimiento del equilibrio contractual), en cambio al efectuar esta modificación en abril de 2017 no informo al asegurado el cambio de condiciones es decir la nueva suma asegurada o la prima y comenzó a cobrarla directamente.-

Por ello una indemnización que fija un tope de \$ 10.000 que no ha sufrido variaciones desde 1991 y es posteriormente es actualizada el 27/04/2017 a \$25.000 aumento \$15.000 en 25 años, no puede pensarse proporcional y coherente con los métodos de sinalagma establecidos y citados previamente, lo que denota un claro abuso de la demandada.-

Máxime teniendo en cuenta que los \$25.000 pagados, no alcanzan ni siquiera al 5 % 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.-

VI.-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. Panetta poseía más de 70 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. 137) 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". (Idem 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.-

VII.- Ahora bien aún cuando no este de acuerdo, como manifesté previamente, en que la demandada aplique el tope indemnizatorio de \$ 25.000, asumí que no es incorrecta la posibilidad de fijar topes indemnizatorios con la finalidad de limitar los aleas en estos contratos, siempre que no sean abusivos e irracionales.- Como manifesté la incongruencia al pagar la indemnización a las actoras, se produce en el modo de efectuar la aplicación del tope en autos, en perjuicio evidente de una de las partes del contrato y frente a la ausencia de comunicación de las variaciones contractuales posteriores a la firma del contrato. No proviene de la facultad misma de limitar el monto del contrato.-

Aplicar un tope indemnizatorio actúa como un límite al pago de la suma asegurada que se separa del método general de liquidar el seguro según del art. 3 de la póliza. Entonces, cuando al calcular la suma asegurada se supera dicho límite máximo se debe pagar el monto tope sin necesidad de realizar el cálculo del art. 3.-

Frente al límite de edad de 70 años, considero que no es correcto el argumento que la Aseguradora debió invocar dicha cláusula en el marco de la relación en instancia administrativa -citado por la actora en su ampliación de fs 79/80-. Entiendo que al momento de liquidar el seguro en dicha instancia no necesitó plantear a la quita del 50% de la suma asegurada- conforme el art. 6 inc. 3-, ya que igualmente este monto superaba el tope indemnizatorio aplicado y uso este límite contractual como previamente se indico.-

Ahora concibo que advirtiendo la demandada la posibilidad de la declaración de la nulidad del tope de \$25.000 determinado por el endoso N° 029736, y frente al riesgo de tener que pagar la indemnización conforme la forma tradicional por suma asegurada

(art. 3 de la póliza), planteo al presentarse por medio de la contestación de demanda, la quita del 50% de la suma asegurada por corresponder su aplicación frente al límite de edad del art. 6 inc. 3.-

Por otro lado, luego de alcanzar 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 manteniendo al asegurado 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, sino integra otras variables, evalúa el riesgo cubierto, la cantidad de integrantes del Seguro Colectivo, etc. Además así lo dejo salvado en la letra del contrato en el art. 7 inc. 1 y 2. (fs. 40 y vta).-

En consecuencia, ante la manifestación oportuna en su primera presentación en sede judicial, admitiré tal tope 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.-

Entonces, y en virtud de que la cuestión se ha planteado oportunamente en demanda, respecto de la nulidad de los arts. 6 inc. 3° y 13 inc 2° de las condiciones generales de la póliza, en cuanto dispone la reducción del capital asegurado al 50% una vez cumplidos los 70 años por el asegurado, debo destacar que la propia aseguradora abonó el seguro aplicando el tope de la cláusula 3ra, pero sin reducirlo en un 50% del capital asegurado en los términos de la cláusula 6 inc. 3, lo que surge de los recibos agregados por la accionada -recibo de pagos y transferencias bancarias por \$ 10.000 a las actoras (\$ 3.333,33 a cada una) en su calidad de beneficiarias -fs. 50/58- extremo que me lleva a concluir primeramente que al momento concreto de pagar al seguro la propia demandada no aplicó esa cláusula.-

Continuando con atender a las defensas opuestas por la Compañía Demandada, a fs. 73 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, porque la letra de la póliza nada aclara al respecto, no dice sobre que tipo de haber jubilatorio -o de retiro-, es el que toma de base imponible, si el percibido o el devengado como pretende la demandada.-

VIII.- 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. Panetta) 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 las actoras Sras. Araseli Carolina Panetta y Solange Graciela Panetta 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. Panetta 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. Oscar Eduardo Panetta el 02/10/2018 siendo el último haber percibido el del período de septiembre de 2018 debe multiplicarse por las veinte veces convenidas, con la reducción de un 50 %.-

Advierto que el recibo de haberes del Sr. Oscar Eduardo Panetta agregado a fs. 9 es una copia simple, siendo desconocida la documental por la demandada en su contestación de demanda a fs. 70 vta., empero también observo , que no obstante ello, obra recibo de haberes agregado al expediente administrativo que se haya certificado por la Compañía (fs. 24), en el que puedo visualizar que la sumatoria coincide con el monto definido en el recibo de fs. 9 y el denunciado en la demanda, es decir un salario de \$54.964,98 x20 da como resultado \$1.099.299,60 con la reducción del %50 arroja la suma de \$549.649,80.-

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 04/10/2018 según comprobantes de fs. 13 el pago debió realizarse, como fecha límite, el día 20/10/2018 (15 días desde la denuncia del siniestro), suma a la que deberá descontarse los \$25.000 abonados en dos partes de \$12.500 cada una, en fecha 21/11/2018, y recibidos por las actoras conforme constancias a fs. 29/38, reconocidos como pago parcial.- 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 \$907.733,82 restando a los mismos los \$25.000 pagados parcialmente, se arriba a la suma de \$ 882.733,82 calculada al presente, a la cual deberá aplicarse misma tasa hasta su efectivo pago.-

IX.- 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.-

De esta manera se determinan los honorarios profesionales para el apoderado de la actora, Dr. Cristo Walter Guenumil en la suma equivalente a 15% +40% y al letrado apoderado de la parte demandada Dr. Augusto Gerardo Collado en forma conjunta, en la suma equivalente al 11% + 40% (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 48/52 por las Sras. Araseli Carolina Panetta y Solange Graciela Panetta, 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 \$882.733,82 correspondiente al seguro de Vida por el fallecimiento del Sr. Oscar Eduardo Panetta, 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 ".-

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

III.- Regular los honorarios profesionales para el apoderado de la actora, Dr. Cristo Walter Guenumil en la suma de \$ 185.374,10 (coef. 15% +40%) y al letrado apoderado de la parte demandada Dr. Augusto Gerardo Collado en forma conjunta, en la suma de \$ 135.941,01 (Coef. 11% + 40% -MB- 882.733,82 conf. arts. 6, 7, 8,10, 39, 48 y 50 Ley G 2212). -

IV-Regístrese, protocolícese y notifíquese.-

MARIA GABRIELA TAMARIT
JUEZA