

Juzgado Civil, Com. y Minería N° 1  
I Circunscripción Judicial  
Sentencia Definitiva N°48.-

Viedma, 11 de octubre de 2019.-

VISTOS: los presentes autos caratulados "LINARES NORBERTO ALEJANDRO ABDON C/HORIZONTE COMPAÑIA ARGENTINA DE SEGUROS GENERALES S.A. S/ORDINARIO EXPTE. N° 0410/17/J1, traídos a despacho a los fines de resolver; y de los que

RESULTA:

1.- Que a fs. 7/16 y vta. se presenta el Sr. Norberto Alejandro Abdon Linares, por derecho propio e inicia formal demanda de cobro de pesos contra "Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A", reclamando la suma de \$ 142.458,30 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.-

Sostiene ser beneficiario del seguro de vida contratado por la Sra. Dora Norma Linares, fallecida el 16/03/17. Afirma que la Sra. Linares, además de pagar el seguro de vida obligatorio, contrató un seguro de vida facultativo que ofrecía la empresa Horizonte.-

En tal sentido, dice que el valor de primas abonadas en concepto de seguro de vida obligatorio y facultativo eran de \$ 150,50 y \$ 390 respectivamente, y que percibió en concepto de indemnización, la suma de \$ 25.000 del seguro de vida optativo, cuando le hubiera correspondido veinte haberes la suma de \$167.218,80.-

Refiere que el seguro de vida facultativo suscripto garantizaba una indemnización equivalente a veinte sueldos. Menciona que Horizonte no efectuó notificación alguna al emitir el endoso N° 916, que modificaba de manera unilateral las condiciones contractuales, actualizando el límite impuesto de \$ 10.000 por el de \$ 25.000, caso contrario no entiende cómo se le ha abonado dicha suma cuando, la empresa aseguradora venía aplicando el tope de \$ 10.000.-

Señala que el pago de prima ya no se hace en función del art. 4° de la Póliza N° 80.024 es decir 0,90 australes por cada 1.000 australes de suma asegurada, el 1,8% del haber bruto del asegurado, sino que descuenta directamente la suma de \$ 390.-

Alega que no hay proporción entre la prima abonada por el asegurado y el tope,

circunstancia que Horizonte utiliza para no cumplir con los veinte sueldos pactados, refiriendo a la cláusula tercera y cuarta de las bases y condiciones del contrato celebrado.-

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

En función de ello es que solicita la declaración de nulidad del art. 3 de la póliza en donde fija esa limitación y cita jurisprudencia local en base a la inaplicabilidad de los topes fijado por Horizonte. Realiza otras consideraciones, funda en derecho, acompaña documental, ofrece prueba y concreta su petitorio.-

2.- Que conferido el traslado de la demanda, a fs. 33/37 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 la Sra. Linares suscribió el seguro de vida colectivo emitido bajo la póliza/endoso N° 080024/029736, y conforme su suplemento adicional 01 su art. 3° dice que la suma asegurada será de \$ 25.000 y la prima de \$ 15,60 por cada \$ 1.000 de suma asegurada, es decir de \$ 390 por cada asegurado.-

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

Realiza otras consideraciones, acompaña documental, funda en derecho y jurisprudencia, ofrece prueba y concreta su petitorio.-

3.- Que a fs. 49 y vta. se presenta la Fiscalía de Estado de la Provincia de Río Negro, por medio de apoderada manifestando que en tanto ya se ha presentado en autos la representación de la demandada no es necesaria la intervención de dicho organismo y en caso que se considere lo contrario, se adhiere a los términos de la contestación de la demanda.-

4.- Que, ante la existencia de hechos controvertidos, a fs. 52 y vta. se fija la audiencia prevista por el art. 361 del CPCC de cuya celebración da cuenta el acta obrante a fs. 57, ante la imposibilidad de avenimiento en dicha oportunidad se abre la causa a prueba.-

Luego, previa certificación por Secretaría respecto del vencimiento del plazo y su resultado a fs. 119 se procede a la clausura del período probatorio. A fs. 121/127 y vta.

se agrega el alegato de la parte actora.-

A fs. 131 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 despliegan 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- STJRNS1 Se. 64/16 ?Pérez Aramburu").-

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

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

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 las probanzas arrojadas a la causa, se advierte que a fs. 77/116 obra toda la documentación de la afiliada Sra. Dora Norma Linares, en poder de la empresa Horizonte, y de la que surgen como beneficiario el Sr. Norberto Alejandro Abdon Linares, -siniestro 66-11439-, póliza/endoso 80024/000000 en vigencia desde el 01/10/90; y el endoso 000916 en vigencia desde 01/10/91, constancia de defunción del 16/03/17, orden de pago emitida por Horizonte al Banco Patagonia por la póliza/endoso N° 80024/000000, recibo de pagos y transferencias bancarias por \$ 25.000 al actor en su calidad de beneficiario -fs. 89/97- en fecha 16/03/17.-

IV.- De la documentación acompañada por el actor y certificada por la demandada, especialmente del reconocimiento expreso que realiza la compañía demandada en su contestación de fs.34 se debe tener por probada la vigencia del contrato, el acaecimiento del fallecimiento del agente público, la obligación de indemnizar y el pago efectuado al beneficiario aquí actor, 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.114.-

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 pétreo 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.99/114, 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. 114 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 a la Sra. Linares antes de su fallecimiento era la pactada en este último endoso de \$390 (fs. 88) 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 visto la póliza y sus endosos, 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 N° 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 Sra. Linares 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

de la Sra. Linares (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 30 % de los veinte haberes pactados.-

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.-

V.- A raíz de todo lo hasta aquí expuesto y conforme a lo dispuesto en el art. 1.122 del Código Civil y Comercial, no corresponde aplicar el tope de cien millones de australes convertidos en diez mil pesos fijados en la cláusula 3° de la póliza/endorso N° 080024/000916, por resulta abusiva y desequilibrante de la relación contractual.-

En consecuencia y por los fundamentos dados, corresponde hacer lugar a la demanda promovida por el Sr. Norberto Alejandro Abdon Linares, contra Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A., y liquidar el capital de condena que corresponde en el presente, sin ningún tope, debiendo nulificarse las cláusula contractual que así lo determinara (arts. 3 de las condiciones generales de la póliza) y tenerla por no convenida; condenando a la demandada a pagar en concepto de capital 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 del fallecimiento.-

Así, habiendo fallecido la Sra. Dora Norma Linares, el 16/03/17 y siendo el haber

percibido del periodo febrero 2017, por la sumas de \$ 8.360,94, que por las veinte veces convenidas, da un total de \$ 167.218,80, 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 el presente.-

Igualmente 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 29/03/2017 según comprobantes de fs. 78 el pago debió realizarse, como fecha límite, el día 13/04/2017(15 días desde la denuncia del siniestro), suma a la que deberá descontarse los \$25.000 pagados en fecha 11/05/2017, y recibidos por el actor conforme constancias a fs. 89/97, reconocidos como pago parcial,

Realizado que fuera el cálculo de intereses pertinente, arroja \$365.722,56 restando a los mismos los \$25.000 pagados parcialmente, se arriba a la suma de \$ 340.722,56 calculada al presente, a la cual deberá aplicarse misma tasa hasta su efectivo pago.-

VI.- 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.-

Así, se estiman los honorarios de la representación y asistencia letrada de la parte actora Dres. Martín Piermarini, Yanet A. Reschke y María Daniela Vivas -en conjunto- en el 15 % y los de la representación y asistencia profesional de la parte demandada, Dr. Augusto Gerardo Collado y Nalú Ezequiel Castro - en conjunto- en el 9 % + 40 % (conf. arts. 6, 7,8,10, 19, 37, 38, 49 y 50 conc. L.A.) los que deberán reducirse en el 2/3 al no completar todas las etapas del proceso (no efectuaron alegatos, art. 39 de la LA ).-

Por todo lo hasta aquí expuesto,

RESUELVO:

I.- Hacer lugar a la demanda incoada a fs. 7/16 y vta. por el Sr. Norberto Alejandro Abdon Linares, contra "Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A." y disponer en consecuencia: 1) nulificar las cláusula contractuales previstas en los arts. 3 de las condiciones generales de la póliza y tenerla por no convenida, en los términos del

art. 1.122 inc. b) del CC y C. y 2) condenar a "Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales SA" a abonar al actor Sr. Norberto Alejandro Abdon Linares, en el término de 10 días, la suma de \$ 340.722,56 en concepto de diferencia por la indemnización correspondiente al seguro por el fallecimiento de la Sra. Dora Norma Linares actualizado con intereses a la tasa "Fleitas" a la fecha y de aquí en más y hasta su efectivo pago se aplicará igual tasa o la que corresponda por determinación del Superior Tribunal de Justicia.-

II.- Imponer las costas a la parte demandada vencida (conf. art. 68 CPCC) y regular los honorarios profesionales de los Dres. Martín Piermarini, Daniela Vivas y Yanet Alejandra Reschke -en conjunto- en la suma de \$51.108,38 (coef. 15 %) y los de los Dres. Augusto G. Collado y Nalú Ezequiel Castro -en conjunto- en la suma de \$ 28.620,68 (coef. 2/3 9 % + 40 %-MB: \$ 340.722,56 conf. arts. 6, 7,8,10, 19, 37, 38, 39 49 y 50 conc. L.A.). Notifíquese y cúmplase con la Ley D 869.-

III.- Regístrese, protocolícese y notifíquese.-

MARIA GABRIELA TAMARIT  
JUEZA