



EL DERECHO

Diario de Doctrina y Jurisprudencia

Director:
Julio Conte-Grand
Consejo de Redacción:
José María Medrano
Fernando M. Bosch
Guillermo Yacobucci

DERECHO DE SEGUROS

SERIE ESPECIAL

JURISPRUDENCIA

Seguro:

Aseguradora: pago de la cobertura al asegurado; repetición; requisitos de procedencia.

Daño Moral: Promoción de una acción judicial injustificada; responsabilidad; configuración; pautas; resarcimiento; supuesto de improcedencia.

NF Con nota a fallo

1 – Si la aseguradora no invocó, dentro del plazo legal que tiene para expedirse (art. 56, ley 17.418), el incumplimiento malicioso por el asegurado de la carga de brindar la referida información complementaria y, por consecuencia de ello, terminó pagándole la indemnización comprometida, no puede después pretender revertir esa situación con invocación del citado art. 48, pues tal norma no rige en esa avanzada etapa.

2 – Dado que la aplicación del art. 48 de la ley 17.418 debe ser descartada para fundar el reclamo de repetición de lo pagado al asegurado, el basamento jurídico de tal demanda debe ser encuadrado dentro del art. 784 y cons. del cód. civil, pues el régimen legal del pago “de lo que no se debe” es aplicable al asegurador que reconoció por error el derecho de su asegurado, haya sido ese reconocimiento tácito o expreso, o se haya concretado, incluso, con el pago de la indemnización.

3 – Para que proceda la acción de anulación de lo pagado en los términos del art. 784 del cód. civil es imprescindible la prueba del error en el pago, la que inexorablemente está a cargo del que lo invoca como base de su pretensión, lo cual es particularmente exigible cuando quien acciona por repetición del pago es una institución con alto grado de capacidad técnica, cual es la aseguradora aquí actora.

4 – La prueba del “error” que justificaría la procedencia de la repetición del pago intentada por la aseguradora actora no puede entenderse rendida con la prueba de que el vehículo estaba totalmente destruido al momento de ser adquirido

AUTORIDADES

DIRECTOR:
CARLOS A. ESTEBENET

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
MARIANO P. CAIA

por el asegurado y que ello fue ocultado a la aseguradora, porque la comprobación de estos últimos hechos, que son temporalmente anteriores a la propia contratación del seguro, solamente podría haber servido para acreditar una retención o falsa declaración en el momento de la formación del convenio, con aptitud para “impugnar el contrato” de acuerdo a lo previsto por el art. 5° de la ley 17.418. Pero como en autos no se impugnó el contrato, sino el pago hecho en su consecuencia, es decir, un pago hecho sobre la base de un contrato válido, resulta inútil examinar si el supuesto fáctico indicado (destrucción total del rodado al tiempo de su adquisición y ocultación posterior de ese hecho) está o no debidamente acreditado en la especie, toda

Reflexiones derivadas de ciertos aspectos del siniestro y reparos doctrinarios que me aparecen de la interpretación de la Excma. Cámara en lo Comercial

por EMILIO H. BULLÓ

Sumario: INTRODUCCIÓN. – 1. MOTIVO DE ESTAS MEDITACIONES. 1.1. EL SINIESTRO EN EL SEGURO. 1.2. APRECIACIONES AFINES. 1.3. BREVES REFERENCIAS A LA DOCTRINA FRANCESA, ESPAÑOLA Y DE NUESTRO PAÍS. 1.4. PRIMERA PROPOSICIÓN. – 2. CARGA CONTRACTUAL Y EXCLUSIÓN DE COBERTURA. 2.1. INCUMPLIMIENTO DE LAS CARGAS DEL ART. 46. 2.2. IMPEDIMENTOS PARA INVOCAR EL INCUMPLIMIENTO. 2.2.1. Planteo de la Excma. Cámara. 2.3. EL SINIESTRO Y EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. 2.3.1. Continuación del análisis normativo indicado en el punto precedente. 2.3.1.1. Espacio de tiempo para pagar. 2.3.1.2. Integración del monto del pago. – 3. FINAL.

Introducción

Advirtiendo desaciertos conceptuales y jurídicos de la parte actora en la proposición de la demanda, como punto de partida, en el consid. 6° del fallo de la Excma. Cámara Nacional en lo Comercial, se sostiene que el art. 48 de la ley 17.418, leyéndolo como se debe, no puede entenderse como fundamento de una demanda de repetición como se la ha intentado en este asunto.

Ello es así –sigue la sentencia aludida– porque tal norma sólo le concede al asegurador la facultad de denegar el pago ante la denuncia de un siniestro, siempre que concu-

riesen las circunstancias de hecho que dicha regla determina.

Para robustecer tal planteo, se remarca que el art. 46 en su segundo párrafo prescribe ese derecho por parte del asegurador cuando éste compruebe la malicia en el incumplimiento de la carga informativa en cuestión, para concluir que el resultado ordenado sería la pérdida del derecho del asegurado “...a ser indemnizado (...)” o, lo que es lo mismo decir, afecta su derecho a percibir en lo futuro la indemnización comprometida”.

Con cita de HALPERÍN en sustento de la orfandad del precepto de toda operatividad, en un párrafo siguiente del mismo considerando, la sentencia de la Excma. Cámara concluye que en tanto el derecho del asegurado a ser indemnizado quedó reconocido cuando el asegurador acordó la liquidación del daño, éste no puede alegar la pérdida del mismo por caducidad, una vez que la cobertura se hizo efectiva, ya que “el derecho del asegurado ya se ha consumado”.

Finalmente, para descartar la aplicación del art. 48, en consonancia con el art. 46 de la ley 17.418, se concluye

CONTENIDO

NOTA

Reflexiones derivadas de ciertos aspectos del siniestro y reparos doctrinarios que me aparecen de la interpretación de la Excma. Cámara en lo Comercial, por Emilio H. Bulló...	1
El contrato de seguro de vida colectivo y las cláusulas limitativas de cobertura, por Mariano P. Caia.....	8

JURISPRUDENCIA

CIVIL

Seguro: De responsabilidad civil: citada en garantía; diligencias preliminares; solicitud; procedencia (CNCiv., sala E, noviembre 24-2009)	12
--	----

COMERCIAL

Seguro: Aseguradora: pago de la cobertura al asegurado; repetición; requisitos de procedencia. Daño Moral: Promoción de una acción judicial injustificada: responsabilidad; configuración; pautas; resarcimiento; supuesto de improcedencia (CNCom., sala D, junio 4-2009)	1
Seguro: Seguro de caución: primas; cobro; reclamo; excepciones de defecto legal y prescripción; rechazo (CNCom., sala A, junio 16-2009).....	12
Seguro: Arts. 4° y 58 de la Ley de Seguros: prueba del contrato; prescripción; prima (CNCom., sala D, agosto 14-2009).....	13

PROVINCIA DE MENDOZA

Seguro: De vida colectivo: interpretación (SCJ Mendoza, octubre 8-2009)	7
---	---

NORMATIVAS

CABA - Disposición 6013/09 - DGDYPC - Delimita la cobertura de riesgos a cuya contratación se encuentran obligados los administradores de consorcio.....	16
--	----

vez que ello aparece como inocuo para sostener la demanda de repetición.

5 – No puede considerarse que en el caso sub examine se haya configurado un abuso en el ejercicio de la pretensión justificable por parte de la actora, pues si bien es cierto que la demanda careció de una adecuada fundamentación, ello no es suficiente para responsabilizarla en los términos pretendidos, ya que no se ha demostrado que esa imprudencia haya sido de una gravedad tal que pueda tenerse por abusiva. Se debe, en fin, recordar que la constatación de la existencia del daño moral no basta para ordenar su indemnización, sino que es preciso establecer previamente la imputabilidad del agente responsable, extremo este último que no se ha concretado en el caso de autos. R.C.

15 – CNCom., sala D, junio 4-2009. – La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A. c. Bottazzi, Eduardo Pablo s/ordinario.

En Buenos Aires, a 4 de junio de 2009, reúnen los Señores Jueces de la Sala D de la Excelentísima Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial de la Capital Federal, con el autorizante, para dictar sentencia en la causa “La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Bottazzi Eduardo Pablo s/ ordinario”, registro n° 42522/2003, procedente del Juzgado N° 5 del fuero (Secretaría N° 10), donde está identificada como expediente n° 58881/04, en los cuales como consecuencia del sorteo practicado de acuerdo con lo previsto por el art. 268 del Código Procesal, resultó que debían votar en el siguiente orden, Doctores: Heredia, Vassallo, Dieuzeide.

Estudiados los autos la Cámara planteó la siguiente cuestión a resolver:

¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada?

A la cuestión propuesta, el señor Juez de Cámara, doctor Heredia dijo:

1°) La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A. promovió demanda contra su asegurado Eduardo Pablo Bottazzi para repetir de este último el pago que le hiciera de la suma de \$ 16.100 en concepto de indemnización

por el robo del automotor dominio CQU 160, que se encontraba amparado contra ese riesgo por la póliza n° 496.282. Asimismo, el reclamo comprendió el pago de las sumas solventadas por la aseguradora en concepto de gastos de documentación y liquidación del siniestro, e intereses (fs. 10/12 y 96/100).

Cabe observar que la demanda de repetición fue fundada por la aseguradora en la afirmación de que el señor Bottazzi había incumplido maliciosamente la carga informativa prevista por el art. 46, inc. 2, de la ley 17.418, al ocultar que había adquirido el vehículo asegurado totalmente destruido, lo que –dijo la aseguradora demandante– impidió constatar debidamente el real estado del bien asegurado antes del siniestro (fs. 97 vta./98).

El señor Bottazzi resistió la acción oponiendo una excepción de prescripción, dando su versión de los hechos en cuanto al tema de fondo planteado por la demanda, y reconviniendo contra la aseguradora por el daño moral que, afirmó, le produjo la iniciación del presente pleito (fs. 127/136).

La actora resistió, a su vez, la excepción y reconvención deducidas (fs. 144/145 y 148/153).

2°) La sentencia de primera instancia –dictada en fs. 377/390– desestimó la excepción de prescripción opuesta por el demandado, y tras ello rechazó la demanda instaurada en su contra, con costas a la aseguradora actora. Asimismo, admitió la reconvención del señor Bottazzi, imponiendo las costas respectivas también a la aseguradora actora.

Para así resolver, en cuanto a la demanda y por lo que aquí interesa destacar, tuvo el juez a quo por no probado el presupuesto fáctico sobre el que se basó el reclamo, a saber, que el automotor había sido adquirido por el señor Bottazzi como totalmente destruido. Observó, en tal sentido, que los testigos que depusieron en autos corroboraron lo expresado en la contestación de demanda en cuanto a que los daños del rodado eran parciales y que el actor procedió a repararlos en su propio taller antes de contratar el seguro. Advirtió como improbable, asimismo, que la ase-

guradora hubiera aceptado la cobertura sin inspeccionar previamente el automotor, por lo que, habiendo extendido la póliza respecto de un bien que se encontraba en buen estado de reparación, no podía pretender la repetición de la indemnización abonada al señor Bottazzi. Sostuvo, de otro lado, que lo que la actora planteaba en la litis no era en realidad un caso de reticencia del asegurado, sino de nulidad del contrato de seguro por falta de interés asegurable en la medida que el bien se lo reputaba como totalmente destruido antes de asegurárselo; y que, desde esa perspectiva, la pretensión también era improcedente, pues la actora había percibido las primas sin alegar nulidad alguna del contrato, reconociendo con el pago del siniestro el derecho del asegurado.

Por lo que toca a la reconvención, la admitió fijando una indemnización por daño moral de \$ 5.000 a favor del actor.

3°) Contra el fallo de primera instancia apeló exclusivamente la aseguradora actora (fs. 403), quien expresó agravios en fs. 419/427, que no merecieron respuesta.

Existen asimismo, recursos por los honorarios regulados, los que serán examinados al finalizar el acuerdo (fs. 403 y 405 –memorial en fs. 407–).

4°) En primer término, cuestiona la aseguradora actora que la sentencia apelada hubiera omitido resolver sobre las costas referentes a la excepción de prescripción opuesta por el demandado. Solicita que esta alzada las imponga al excepcionante (fs. 419, punto II).

La lectura de la sentencia apelada evidencia que, efectivamente, hubo omisión de pronunciamiento respecto de las costas originadas en la excepción de prescripción que resultó desestimada (fs. 380/381, considerando 2).

Esa omisión puede ser subsanada en esta instancia (art. 278 del Código Procesal), sin que quepa entender que el silencio guardado por el fallo recurrido implicó imponer las costas por su orden, pues –como lo ha destacado la Corte Suprema de Justicia en recientes pronunciamientos– si es nula la exención de costas sin fundamento, resulta

que al transcurrir el plazo del art. 56 sin invocar el incumplimiento malicioso de la carga de informar acabadamente, pagándose la indemnización comprometida, la pretensión de revertir la situación en mérito a la norma del art. 48 no corresponde por cuanto ésta no rige en tal avanzada etapa.

En este comentario que se me ha propuesto que concrete en el espacio que para el derecho de seguro –gracias a Dios– acaba de iniciar con periodicidad mensual el diario EL DERECHO, intentaré sólo referirme a apreciaciones precisamente de ese cariz, sin transitar en el aspecto de los hechos según lo alegado por las partes y lo conceptualizado por el Tribunal de Alzada. Esto por cuanto en la medida en que mi condición de abogado que ha ejercido activamente la profesión durante años, podría concretar apreciaciones diferentes tanto de lo sostenido por las partes como de lo puntualizado por los señores jueces, función que no está en mi ánimo y menos aún me correspondería, en tanto no he sido parte ni vivido las diferentes facetas, ambas circunstancias como indispensables elementos para analizar en un recurso, con esmero y prudencia, los episodios del caso.

En este aspecto, va de suyo que me manejaré con las apreciaciones que la Excma. sala D ha volcado en la sentencia existente y cuyas motivaciones aparecen en el voto del Dr. Heredia, vocal preopinante y distinguido magistrado de nuestros Tribunales.

En este sentido, quiero rescatar no sólo la bondad de los tribunales existentes en nuestro país, sino la excelencia profesional, intelectual y doctrinaria de los señores jueces que los integran.

Ello más allá de las críticas que por diferencias interpretativas puedan tenerse con ellos y así pretendamos expresarlas nosotros sus pares universitarios, los abogados, y aun a pesar de que algunos pudieran haberse apartado o se apartasen en el futuro de los deberes que la magistratura o el ejercicio profesional imponen.

Sencillamente pido a quienes lean este comentario y que participen de lo que se acaba de escribir que, de alguna forma o manera, ratifiquemos la confianza que tácitamente estamos expresando cada día a nuestros Tribunales.

1 Motivo de estas meditaciones

Luego de esta introducción, comenzaré las reflexiones que la sentencia de la Excma. Cámara me ha provocado acerca del trascendente temario que se ciñe en torno a la obligación del asegurador de cumplir con el contrato de seguro, conforme a las prescripciones que tanto el acuerdo en sí como la ley 17.418 le imponen, particularmente en las secciones XI, XII y XV del cap. I del tít. I de esta normativa.

Resulta que el fallo se relaciona con ciertos aspectos que doctrinariamente hace años no he vuelto a abordar, luego de lo expuesto en el libro de mi autoría⁽¹⁾.

De allí que las discrepancias o avenencias que pudieran aparecer en este texto con el contenido del criterio de la Excma. sala, no deberán ni podrán verse como un abogamiento por alguna de las partes en el juicio a cuya sentencia me estoy abocando.

1.1. El siniestro en el seguro

El primer ítem al que considero menester aludir es el concepto de siniestro en materia de derecho de seguros.

En realidad se trata de un término preciso, absolutamente de la técnica y vocabulario del seguro que, a mi entender, en el lenguaje específico de este derecho, y aun más ampliamente en el derecho del seguro, significa lisa y llanamente la ocurrencia del riesgo que el asegurador, de acuerdo con lo que se hubiera estipulado en el contrato del que se tratara, se hubiese comprometido a indemnizar (en los seguros patrimoniales) y a pagar el capital (en los seguros de vida).

1.2. Apreciaciones afines

Un breve comentario anexo no significará disgregarme del tema de la significación del vocablo que estoy analizando. Por el contrario, la referencia que estimo conveniente repasar es la de la diversidad que con notoriedad

existe entre una y otra especie, que contribuye para impedir conceptuar que “siniestro” es el episodio desencadenante, como resultaría el caso del hecho material del robo del bien cuyo interés asegurable se ha cubierto en el contrato de seguro específico, o el hecho que podría suscitar el reclamo del daño en un seguro de responsabilidad civil.

Tanto es así que en el *Diccionario de la Real Academia Española*, conforme la última edición, la 22ª, se le acuerda el significado indicado al fin del pto. 1.1 que antecede⁽²⁾.

El hecho de que, además, la explicación de esa palabra pueda tener otras implicaciones, conforme las otras cinco acepciones de dicho diccionario, no altera lo expresado, porque en la riqueza de nuestro idioma esta circunstancia se brinda reiteradamente. Pero además y contundentemente por el encarecimiento que se hace resaltar con la notación de “der.” como substancial a la materia con la que comienza la referencia del tópic al cual acabo de aludir.

Con lo expuesto quiero señalar que no se me escapa que el término “siniestro” es utilizado aun por los eruditos en derecho con un alcance distinto, que se relaciona con: a) un episodio productor de un daño o pérdida material considerable, y b) el de carácter infeliz, funesto o aciago.

Esta costumbre desacertada, de ninguna manera puede ser soslayada cuando la utilización equivocada ocurre en palabras escritas o verbales provenientes de tales eruditos en derecho, ya que la tolerancia de tal uso es incompatible con su profesionalidad.

Como lo he apuntado en el ejercicio profesional reiterada y consecuentemente, la ocurrencia de un hecho cuya denominación inclusive coincida con el riesgo genérico al cual se refiere un contrato de seguro, no implica de manera alguna que un episodio, un suceso o una acción determinados, por sí mismos y sin relación alguna con otras circunstancias, tenga la calidad de siniestro que configurase la obligación del asegurador de resarcir un daño o de pagar la prestación convenida, conforme lo establece el art. 1° de la ley 17.418.

(2) Para ahorrar al lector la curiosidad de recurrir a la fuente citada, transcribo textualmente el contenido de la sexta acepción: “6. m. Der. En el contrato de seguro, concreción del riesgo cubierto en dicho contrato que determina el nacimiento de la prestación del asegurador”.

(1) Ver tomos 1 y 2 de *Derecho de seguros y de otros negocios vinculados*, Buenos Aires, Ábaco.

contrario a la lógica interpretar que el silencio de la sentencia sobre el punto suponga su pago en el orden causado, pues entonces el mero silencio podría constituir una vía indirecta para evitar la nulidad derivada de disponer la exención sin causa explícita (conf. CSJN, causa L. 963. XXXVIII “Las Varillas Gas S.A. c/ EN - M° de Economía O. y S. P. - Sec. de Energía - resols. 124 y 148/01 s/ amparo ley 16.986”, sentencia del 20/12/2005, Fallos 328:4504; íd. causa P. 1399. XL “Provincia del Neuquén c/ Y.P.F. S.A. s/ acción de amparo”, sentencia del 13/3/2007, Fallos 330:702).

Aclarado ello, cabe recordar que salvo el especial supuesto de allanamiento a la excepción de prescripción, en que las costas deben ser impuestas por su orden (art. 76 del Código Procesal), cuando la aludida defensa es resistida, las expensas deben ser aplicadas a quien resulte en definitiva vencido (art. 68, primer párrafo, cit. cód.), salvo que se den particularidades que autoricen al juez a hacer uso de la facultad que le otorga el art. 68, segundo párrafo, de la ley de rito (conf. Highton, E. y Areán, B., *Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, concordado con los códigos provinciales. Análisis doctrinal y jurisprudencial*, Buenos Aires, 2004, t. 2, p. 108).

En el *sub lite*, examinada la problemática fáctica que propuso la excepción indicada, así como los términos de su rechazo decidido en la instancia anterior, juzgo que no cabe apartarse del principio general que manda poner las costas a cargo del vencido, toda vez que la resolución de la apuntada defensa extintiva no exhibió complejidad ni ofreció duda alguna.

Por ello, corresponderá condenar al demandado al pago de las costas devengadas por la excepción de prescripción que opusiera y que fuera rechazada.

5°) Los agravios primero a cuarto del memorial de la actora se refieren a la cuestión de fondo resuelta en la sen-

tencia apelada. Ellos evidencian una unidad temática, claramente visible por la incesante repetición de las afirmaciones allí expuestas. Es posible, pues, su tratamiento conjunto.

En sustancia, la aseguradora actora se queja porque el juez *a quo* no tuvo por debidamente acreditado que el automotor había sido objeto de una destrucción total antes de su aseguramiento, y que ello fue ocultado por el asegurado. Sostiene, en tal sentido, que no tenía su parte exclusivamente la carga de probar ese extremo, y que por aplicación de la doctrina de las cargas probatorias dinámicas, pesaba también sobre el demandado el respectivo *onus probandi*. Aduce, asimismo, que la prueba testimonial fue insuficiente para acreditar la inexistencia de tal destrucción total, por haber sido contradictoria y no haberse tenido en cuenta su impugnación hecha al alegar; que el demandado no acreditó documentalmente la compra de repuestos para proceder a la reparación del vehículo, ni tiene él la capacidad técnica para ello; que omitió aportar prueba fidedigna acerca del estado en que adquirió el rodado; que debe tenerse en cuenta lo que resulta de la liquidación de averías hecha por Lar Elite Security Service S.A., especialmente el material fotográfico; y, en fin, que no puede premiarse su falta de colaboración con la producción de la prueba relativa al estado del automotor en el momento en que lo compró, debiendo ello revertir en su contra y a favor de la posición de la aseguradora. Sobre esa base, entiende que debe aceptarse que el señor Botazzi falseó la información que se le requiriera en los términos del art. 46, segundo párrafo, de la ley 17.418, por lo que, consiguientemente, debe aplicársele la sanción prevista por el art. 48 de esa normativa, a lo cual no se opone, aclara, el hecho de que el seguro hubiera sido pagado pues ese pago, a contrario de lo señalado por la sentencia, tampoco importó reconocimiento del derecho del asegurado a ser indemnizado.

A mi modo de ver, los planteos de fondo precedentemente reseñados son inadmisibles por las razones que desarrollaré en los considerados 6° a 10° que siguen.

6°) En el escrito de inicio la aseguradora actora relató que después de haber pagado al demandado pudo constatar, merced a una investigación realizada por una empresa liquidadora de siniestros, que aquél había cumplido maliciosamente la carga de brindar información complementaria que se le requirió en los términos y oportunidad prevista por el art. 46, segundo párrafo, de la ley 17.418. La malicia habría consistido, según lo afirma, en ocultar que el automotor asegurado fue adquirido como totalmente destruido, lo que impidió “...constatar la real existencia del bien antes del evento denunciado y además (el) estado de ese vehículo antes del siniestro...” (fs. 98). Dijo que frente a ello fue que decidió promover la presente demanda para repetir el pago hecho al asegurado, interpretando que el fundamento jurídico de tal pretensión estaba determinado por lo dispuesto por el art. 48 de la ley 17.418 en cuanto establece que “...El asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el párrafo 2° del art. 46, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños...”.

Lo expuesto precedentemente, ratificado por la detenida lectura de la demanda, muestra que lo reclamado por la aseguradora actora fue, estrictamente, la repetición del pago del seguro hecho a favor del demandado y no la nulidad del contrato de seguro, distinción que es relevante pues determina una *causa petendi* diferenciada, tal como lo ha advertido la jurisprudencia de esta alzada comercial (conf. CNCom., Sala C, 11/2/93, “Proteínas S.A. c/ La Buenos Aires S.A. Cía. de Seguros”).

Sentado ello, claramente se advierten los desaciertos conceptuales y jurídicos de la actora en la proposición de su demanda.

El mero hecho de un robo no constituye el siniestro para un contrato de seguro que cubra ese riesgo genérico, puesto que el episodio separado de las otras condiciones que se exigen para que se constituya como tal, no tiene trascendencia en nuestra materia. Únicamente se estará en presencia de éste, cuando así se lo pudiera estimar, esto es, cuando se compadeciera con las demás condiciones bajo las que se llegó a contratar.

Desde que al escribir acerca del asunto en concreto y respecto de los contratos en particular, he hecho referencias acerca de estas circunstancias, por su extensión no resultaría apropiado repetirlas en este comentario, atentas las restricciones que naturalmente deben imponerse en razón del espacio a dedicar, sobre todo teniendo en mira a los lectores cotidianos de este tipo de tareas, que no son otros que abogados en funciones, y con el escaso tiempo que para discurrir les deja tal menester.

Para dar término a estas apreciaciones y de tal manera pasar a las conclusiones que estimo podrán obtenerse de ellas, señalo que ese exceso que implica la equiparación de siniestro con hecho, en ocasiones ha podido ser cometido inapreciablemente, aun por quienes, como es mi caso, pensamos lo contrario.

Debe resultar claro que mi crítica no se relaciona con esos desaciertos involuntarios, más bien propios de alguna ligereza en la corrección de los textos que hemos escrito, en consonancia silenciosa con la persistencia en la memoria de los significados vulgares y no en derecho.

1.3. Breves referencias a la doctrina francesa, española y de nuestro país

En la doctrina francesa, al menos en la moderna, se destaca la misma orientación acerca del término “siniestro”.

Tanto BESSON y PICCARD como IVONNE LAMBERT-FAIVRE así lo puntualizaron en sus obras acerca de los seguros, y de esta manera los he citado antes y ahora⁽³⁾.

En España, al igual que sucede con la nuestra, la ley vigente desde 1980 lamentablemente confunde muy abierta y literalmente ambos extremos, de manera que ha orientado a autores como SÁNCHEZ CALERO y TIRADO SUÁREZ a

sostener que se trata de una pauta apreciada por la referida ley en beneficio del tomador o asegurado en los seguros de daños, para que éste se cubra aun cuando desconozca exactamente si el evento ocurrido es jurídicamente siniestro, y denuncie al asegurador lo sucedido a manera de un intento de reclamo.

Sin embargo, estos autores, para conformar la cuestión, al referirse al alcance del deber de denunciar que le corresponde al pretensor, dicen que debe entenderse que es una declaración de ciencia o saber dirigida al asegurador para que éste tenga conocimiento de un hecho del que se derivaría normalmente su obligación de pago de la prestación⁽⁴⁾.

Se advierte entonces que en última instancia y por más que estos autores hayan intentado construir unas apreciaciones acerca de la bondad del texto legal (y ello se patentiza al continuar recorriendo sus interpretaciones de dicha ley 50 en esta misma materia) ciertamente aceptan la utilización del término técnico “siniestro”, tanto para definir al que será considerado como “siniestro indemnizable”, como al evento que iniciará el procedimiento para establecer o no tal circunstancia⁽⁵⁾.

Regresando a la doctrina de nuestro país, que se ha elaborado en este ítem, más allá de cualquier otra opinión semejante o diferente que ocasionalmente pudiera atribuírsele, lo cierto es que MORANDI, al referirse al asunto, en su trabajo publicado en la Revista de Derecho Comercial y de las Obligaciones n° 7 del año 1974, diferenció notoriamente tanto en su concepción como en sus efectos al evento del siniestro, ya que lo estimaba como el evento que encuadra en el riesgo previsto, y que sólo se puede establecer como conclusión de un juicio en el que una de sus premisas se encuentre en la abstracta indicación de la ley y de la póliza respecto del riesgo asegurado, y la otra en el examen de las circunstancias especiales en las cuales se produjo el hecho.

En este mismo sentido, MORANDI concluyó el apartado referido a la calificación de siniestro con una expresión,

(4) Adviértase el uso del tiempo condicional del verbo derivar.

(5) La utilización en el texto de la redundancia que implica la expresión entre comillas está originada en la necesidad explicativa de este asunto, desde que como he sostenido en mi libro ya citado en notas, en el derecho de seguros el vocablo “siniestro” es el que conlleva al pago del capital o de la indemnización.

que si bien no comparto por la manera como ha sido utilizada por alguna doctrina, fija su criterio distinguidor. Así llamó “riesgo calificado” al riesgo genérico según lo describa la póliza, para cuya verificación es menester comprobar si el evento constituye *stricto sensu* un siniestro para asegurado y asegurador⁽⁶⁾.

Volviendo al punto comenzado en el ap. 1.1 antecedente, y de tal manera, pasaré a las conclusiones que estimo podrán obtenerse y que escribiré en el punto que sigue.

1.4. Primera proposición

Como conclusión de lo que se acaba de decir, y con el ánimo de rescatar el correcto uso de la palabra “siniestro” en el lenguaje del derecho de seguros, sostengo de forma terminante que en ningún caso se le puede otorgar un significado que no se corresponda íntegramente con el de ocurrencia del riesgo cubierto, por cuya circunstancia, el equipararlo al hecho que podría generarlo es algo sin mayor sentido y que sólo determinará groseras confusiones.

En este aspecto reitero cuanto se ha expuesto acerca del seguro de responsabilidad civil, destacando que en esta sección la diferenciación es todavía más clara, si no se deja de advertir que la ley, en coincidencia con la prescripción del art. 109, en los doce artículos que componen su sección XI (Seguro de Responsabilidad Civil) siempre se refiere al hecho acaecido o generador y en una sola oportunidad se refiere a siniestro apropiadamente (art. 118, tercer apartado), estableciéndolo de manera indubitable como algo diferente, esto es la ocurrencia del riesgo pactado, como es la obligación del asegurador de mantener indemne al asegurado por la previsión contractual y respecto de un hecho también convenido⁽⁷⁾.

Insisto entonces en cuanto se expresara en el tomo 2 de mi libro, en el que el Dr. GUFANTI intervino en la temática, que esa obligación central aparece plenamente con el reclamo indemnizatorio del tercero damnificado y no con el episodio determinado por el hecho sobre la base del cual es posible dicho reclamo.

En este orden de ideas, adviértase que el art. 118, además, en su análisis establece firmeza en esta concep-

(3) Conf. respectivamente *Les assurances terrestres en droit français*, 4ª ed., t. 1, desde pág. 212, Paris, L.G.D.J. y *Droit des assurances*, 9ª ed., Paris, Dalloz, n° 481 y sigs.

(6) Conf. pág. 564 del art. citado en el párrafo anterior al que accede esta nota.

(7) Ver mi libro cit., t. 2.

En efecto, para empezar cabe señalar que el art. 48 de la ley 17.418 de ninguna manera puede ser entendido como fundamento de una demanda de repetición como la intentada.

Ese precepto, bien leído, no otorga a la compañía de seguro el derecho de repetir un pago ya efectuado, sino que solamente le concede la facultad de denegarlo frente a la denuncia del siniestro del asegurado, siempre que concurren las circunstancias fácticas que refiere.

Es decir, el art. 48 de la ley 17.418 permite a la aseguradora denegar el pago del seguro cuando se comprueba el incumplimiento malicioso por el asegurador de la carga informativa complementaria estatuida por el art. 46, segundo párrafo, de la ley 17.418. En sustancia, la aplicación de la norma provoca la pérdida del derecho del asegurado "...a ser indemnizado..." o, lo que es lo mismo decir, afecta su derecho a percibir en lo futuro la indemnización comprometida.

Pero es claro que, una vez cobrada la indemnización, la apuntada pérdida a la que alude el art. 48 ya no puede producirse, pues el derecho del asegurador se ha consumado, quedando el precepto huérfano de toda operatividad.

Es que así como el asegurador no puede alegar la caducidad del derecho de asegurado con fundamento en el citado art. 48 cuando acordó la liquidación del daño o reconoció su derecho a la indemnización (conf. Halperín, I., *Seguros - Exposición crítica de la ley 17.418*, Buenos Aires, 1970, p. 394, texto y doctrina de los fallos citados en notas n° 280 y 281), así tampoco, con mayor razón, puede alegar la pérdida del derecho del asegurado a "ser indemnizado" una vez que la cobertura se hizo ya efectiva a su favor, y

ello sencillamente porque, como se dijo, el derecho del asegurado ya se ha consumado.

De tal suerte, si la aseguradora no invocó dentro del plazo legal que tiene para expedirse (art. 56, ley 17.418) el incumplimiento malicioso del asegurado a la carga de brindar la referida información complementaria y, por consecuencia de ello, terminó pagándole la indemnización comprometida, no puede después pretender revertir esa situación con invocación del citado art. 48, pues tal norma no rige en esa avanzada etapa.

Y si, por hipótesis, la aseguradora tenía alguna duda acerca del derecho del asegurado -duda cuya existencia en el caso podría inferirse de la propia investigación promovida por la compañía después de que abonara la indemnización- debió esa hesitación conducir, o bien a requerir nuevas informaciones complementarias, o bien lisa y llanamente a abstenerse de efectuar el pago indemnizatorio, pues se trata de una entidad que por su profesionalidad debe actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas (conf. doctrina de la CNCom., Sala C, 16/2/99, "La Buenos Aires Cía. de Seg. c/ Los Vascos S.A.", LL 1999-E, p. 457).

7°) Descartada, pues, la aplicación del art. 48 de la ley 17.418 para fundar el reclamo intentado en autos, el basamento jurídico de la demanda no debió escapar al marco del art. 784 y conc. del Código Civil, acreditándose por la actora los presupuestos jurídicos inherentes a la acción que nace de esta última norma.

En efecto, si de lo que se trata es de repetir el pago de la cobertura hecho a favor del asegurado, existe consenso en doctrina y jurisprudencia acerca de que ello es posible por

parte del asegurador con sujeción a los principios de los arts. 784 y 790 del Código Civil (conf. Halperín, I., ob. cit., p. 424, n° 75; CNCom., Sala C, 10/3/69, "Portalupi, Enrique c/ La Agrícola Cía. de Seguros"). Como lo ha destacado esta Sala en su anterior integración, el régimen legal del pago "de lo que no se debe" es aplicable al asegurador que reconoció por error el derecho de su asegurado, haya sido ese reconocimiento tácito o expreso, o se haya concretado incluso con el pago de la indemnización (conf. CNCom., Sala D, 13/2/01, "Compañía Argentina de Seguros Visión S.A. c/ Miguez, Liliana Beatriz s/ sumario").

En esas condiciones, enmarcado el problema con sujeción a las referidas disposiciones legales, cabe recordar que el art. 784 del Código Civil se refiere a la repetición del pago por error, esto es, cuando el *solvens* pagó creyéndose deudor por un error de hecho o de derecho; error que debe ser necesariamente "esencial", brindando el art. 790 algunos ejemplos de ello, en una enumeración que es meramente enunciativa (conf. Belluscio, A. y Zannoni, E., *Código Civil y leyes complementarias, comentado, anotado y concordado*, Buenos Aires, 1981, t. 3, p. 636, n° 5; Llambías, J., *Tratado de Derecho Civil - Obligaciones*, Buenos Aires, 1970, t. II, p. 992, n° 1677, y p. 996, n° 1681).

La acción de repetición propuesta en esos términos supone, en última instancia, la anulación del pago cuestionado, siendo de aplicación las normas atinentes al error como vicio de los actos jurídicos (arg. arts. 900, 822, 924, 927, 954, 1045 y 1050 del Código Civil; Llambías, J., ob. cit., t. II, ps. 990/991, n° 1674).

Y para que la referida acción de anulación proceda es, desde luego, imprescindible la prueba del error en el pago,

ción, pues si como se ha sostenido erróneamente, siniestro y hecho son la misma cosa, parecería absurdo que en el procedimiento de ejecución de la sentencia del juicio por daños y perjuicios, el asegurador pudiera oponer defensas que serían siempre posteriores al hecho generador (si se lo equiparase con el siniestro), puesto que en todo caso las hubiera debido haber opuesto en el indicado juicio de daños y perjuicios.

Otra conclusión indubitable es que, cuando la ley pueda implicar que denomina siniestro a otra cosa que a la ocurrencia del riesgo, la interpretación que corresponde para conciliar el error en derecho de atribuirle un significado inexacto será darle el sentido de hecho causante para el inicio del procedimiento previsto para establecer la obligación de pagar la indemnización o la prestación convenida por parte del asegurador (art. 1°, ley 17.418).

Va de suyo que tal interpretación será tanto más obligada para evitar el error cuando éste se reproduzca en textos doctrinarios o en fallos judiciales.

2 Carga contractual y exclusión de cobertura

En segundo lugar me referiré a lo imperioso de no confundir una carga contractual a cumplir con anterioridad al siniestro, con una condición contractual que excluya la cobertura.

Estas cargas contractuales, como siempre lo sostuve, están significadas en deberes que en el contrato se establecen en cabeza del asegurado, a fin de fijar una conducta específica por parte de éste, con relación al riesgo que el asegurador ha asumido o con el interés asegurable.

La condición que excluyera cobertura se vincula con la delimitación causal del riesgo y traduce la voluntad del asegurador de no cubrir un riesgo determinado. Es el caso del *non assurance* de la doctrina francesa, designación que ha tomado -para mí, inconvenientemente- cierto cuerpo entre nosotros, en la que el asegurador desde el inicio del contrato pone de relieve con certeza que determinado riesgo no quedará bajo la cobertura de su parte, y que, por ende, el asegurado carecerá de derecho a pretender ser indemnizado⁽⁸⁾ por la sencilla razón de hallarse dicho o dichos riesgos fuera de la cobertura.

Tratándose de cargas contractuales -que, como se acaba de expresar al comienzo de dos párrafos atrás, son de-

beres que el asegurado debe cumplir para que la garantía otorgada por el asegurador tenga efecto-, en este supuesto, el asegurador no estableció una negativa absoluta de cubrir, sino que solamente ha expresado la posibilidad de analizar lo ocurrido y la conducta del asegurado con posterioridad a la denuncia del siniestro (en el sentido de hecho generador del eventual siniestro, como por ejemplo el incendio o el robo de un bien materia del contrato de seguro).

Con lo dicho, va de suyo que en el caso de exclusión de cobertura el contrato de seguro no es afectado de forma o manera alguna. Tampoco existe obligación o deber alguno por parte del asegurador de declinar la eventual denuncia que se hubiera hecho, aunque por razones de otro cariz el empresario informe al asegurado la eventual repercusión que el episodio sucedido tuviera respecto del interés asegurable recordándole la falta de cobertura.

2.1. Incumplimiento de las cargas del art. 46

En segundo lugar, y siempre con ánimo de medir equívocos que en el instituto del siniestro se han producido tanto en la ley como en la doctrina, me detendré a continuación a analizar las consecuencias del incumplimiento por parte del asegurado (tomador) de las cargas contempladas imperativamente en el art. 46.

Estas consecuencias que se concretan en la pérdida del asegurado del derecho de ser indemnizado por así disponerlos arts. 47 y 48, se relacionan, en el caso de la primera de estas normas, con la denuncia del evento, episodio o hecho del que podría derivarse la existencia del siniestro, si se cumplieran las circunstancias establecidas contractualmente; y en el segundo supuesto, en el de la norma del art. 48, con la malicia para dejar de cumplir las cargas antecedentes o con la exageración fraudulenta de los daños, o con la utilización de pruebas falsas para acreditarlos.

En otros términos: en el caso del art. 46, apart. 1°, la ley 17.418 utiliza la palabra "siniestro" como sinónimo del hecho. En la situación del apart. 2°, a mi parecer, usa el vocablo con su verdadero y técnico significado, pues se relaciona con el deber del asegurado de suministrar al asegurador la información necesaria para establecer si ha existido siniestro y, en tal caso, determine la prestación que deberá.

Con el marco del adjetivo necesario, la ley fija asimismo los requerimientos e indagaciones que para uno u otro fin se le permiten hacer al asegurador, y constituyen cargas pertinentes a cumplir por parte del asegurado.

La pérdida del derecho a ser indemnizado con la que se sanciona al asegurado por los arts. 47 y 48 de la ley 17.418

requiere forzosamente la existencia de este derecho, porque casi como verdad de Perogrullo lo dice la teoría, no puede perderse aquello que no se tiene o no se posee.

En este sentido es claro que el asegurado, al momento en que se produce el hecho del cual podrá derivarse el siniestro, o sea, la ocurrencia del riesgo cubierto, aún no tenía el derecho al pago de la prestación pactada por el asegurador.

Al bien decir de IVONNE LAMBERT-FAIVRE, esta falta de derecho podría deberse a diferentes circunstancias, como serían las que se derivaran del propio contrato (sea por tratarse de un contrato nulo, o porque no se ha pagado la prima)⁽⁹⁾, o procedentes de conductas del asegurado a causa del incumplimiento de cargas previstas en la ley o en el contrato⁽¹⁰⁾.

Bien que en el derecho francés la cuestión de la obligación de informar al asegurador resulta ser regulada por normas que difieren con las de la ley 17.418, el instituto de la *dechéance*, como se denomina a la pérdida o decadencia del derecho del asegurado a ser indemnizado, es claro que los principios a los cuales responden una y otra normativa son esencialmente los mismos, ya que la finalidad de la información se dirige a resguardar al asegurador por la ulterior sobrevenida del siniestro en el correcto uso de este vocablo, de manera que éste pueda de inmediato comenzar con el análisis del suceso y sobre sus contingencias.

Es obvio, entonces, que si la ley le exige al asegurado las cargas de información, a partir del episodio que podría generar el siniestro que determinaría la obligación del asegurador de cumplir con el pago pertinente, la sanción que asimismo establece dicha ley es una sanción originada por la inejecución de tales cargas o deberes.

2.2. Impedimentos para invocar el incumplimiento

Existen ciertos obstáculos, como lo han denominado algunos autores, para que la invocación del incumplimiento del deber precedentemente comentado produzca los efectos fijados por los arts. 47 y 48 de la ley 17.418 y que surgen de sus prescripciones. Para enumerarlos rápidamente y orientar al lector en el *quid* del punto siguiente, punto en el que me permito una crítica parcial al concepto expresado por la Excm. Cámara de Apelaciones, diré que los más notorios son: la renuncia del asegurador a su derecho, y el

(9) Conf. *Droit des...*, cit., pág. 349 y sigs.

(8) Dejo en claro que la referencia la concreto fundamentalmente a los seguros de daños o patrimoniales, no incluyendo en el texto a los de vida.

(10) Conf. BESSON et PICARD, *Les assurances...*, cit., pág. 212 y sigs., y el libro de mi autoría ya citado, t. I, parágrafo 50, especialmente págs. 244 y sigs.

la que inexorablemente está a cargo del actor que lo invoca como base de su pretensión, ya que no hay disposición alguna que cree presunciones de pagos indebidos o de pagos por error, siendo admisible todo tipo de pruebas, pues no se trata de probar un contrato, sino de acreditar el vicio de la voluntad del pagador (conf. Salvat, R. y Galli, E., *Tratado de Derecho Civil Argentino - Obligaciones en general*, Buenos Aires, 1953, t. II, p. 580, n° 1578 y 1579; Llambías, J., ob. cit., t. II, ps. 1003/1004, n° 1688; Belluscio, A. y Zannoni, E., *Código Civil y leyes complementarias, comentado, anotado y concordado*, Buenos Aires, 1981, t. 3, ps. 637/638, n° 7; CNFed. Civ. Com., Sala II, 31/3/89, “Banco Hipotecario Nacional c/ Velhinho de Sousa, Eduardo s/ cobro”).

Con tal especial orden de ideas, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha declarado que la prueba debe versar sobre la determinación de cuál ha sido el error, en qué consistió, y precisar las circunstancias en que se produjo para juzgar sobre su mérito, lo cual es particularmente exigible cuando quien acciona por repetición del pago es una institución con alto grado de capacidad técnica (conf. CSJN, 29/3/67, “Banco Hipotecario Nacional c/ Macchi, Daniel”, Fallos 267:212; en el mismo sentido: CNCiv., Sala E, 2/2/78, “Otto, Simón c/ Kosciuczyk, Luzmila”), condición subjetiva esta última que es predicable, obviamente, respecto de la aseguradora aquí actora.

8°) Antes de avanzar más en el desarrollo, corresponde abrir un paréntesis para señalar que no podría el *sub lite* encuadrarse en un caso de repetición de un pago “sin causa”.

Ello es así, porque hay repetición de pago “por error” –y no “sin causa” en sentido estricto– cuando se efectuó

en cumplimiento de un vínculo obligacional válido entre las partes (conf. CNFed. Civ. Com., Sala I, causa 5971 “Val Electro S.C.A. c/ L.R.1 Radio El Mundo”, sentencia del 27/3/78; Bueres, A. y Highton, E., *Código Civil y normas complementarias. Análisis doctrinal y jurisprudencial*, Buenos Aires, 2006, t. 2-B, p. 200), debiendo recordarse, en tal sentido, que la actora no propuso ninguna acción de nulidad del contrato de seguro.

Más si se hiciera abstracción de lo anterior y, por hipótesis, se entendiera –como lo hace un destacado autor– que lo dispuesto por el art. 784 del Código Civil encierra, en realidad, la repetición de un pago “sin causa” (conf. Borda, G., *Tratado de Derecho Civil - Obligaciones*, Buenos Aires, 1998, ps. 493/494, n° 810), la cuestión del *onus probandi* no cambiaría en lo absoluto, porque la demostración de que el pago carece de causa también incumbe al que pretenda la restitución de lo pagado (conf. Borda, G., ob. cit., t. II, ps. 503/504, n° 826).

9°) Volviendo al cauce del discurso, observo que lo desarrollado hasta aquí proyecta las siguientes consecuencias prácticas.

El desacierto de la actora en la fundamentación legal de su reclamo (considerando 6°), la llevó a desplegar una actividad probatoria relativa a un hecho (la destrucción total del vehículo) que nada tenía que ver con lo que en realidad exigía el progreso de su acción, o sea, la acreditación del error que, como vicio de la voluntad, serviría para anular el pago hecho al asegurado (considerando 7°).

Aun más: ese desacierto la llevó a entender, no menos equivocadamente, que podría ser aplicable en la especie la llamada doctrina de las cargas probatorias dinámicas (fs. 420), lo que no cabe de ningún modo admitir a la luz de lo

expuesto sobre el *onus probandi* de la acción autorizada por el art. 784 y conc. del Código Civil.

En este punto, creo útil también señalar, para despejar dudas, que la prueba del “error” que justificaría la procedencia de la repetición del pago que se intenta en autos, no podría tampoco entenderse rendida con la prueba de que el vehículo estaba totalmente destruido al momento de ser adquirido por el asegurado y que ello fue ocultado a la aseguradora.

Ello es así, porque la comprobación de estos últimos hechos, que son temporalmente anteriores a la propia contratación del seguro, solamente podría haber servido para acreditar una reticencia o falsa declaración en el momento de la formación del convenio, con aptitud para “impugnar el contrato” de acuerdo a lo previsto por el art. 5 de la ley 17.418, y dentro del plazo establecido en tal disposición.

Pero como ya fuera dicho, en autos no se impugnó el contrato, sino el pago hecho en su consecuencia, es decir, un pago hecho sobre la base de un contrato válido, lo cual constituyó la particular *causa petendi* de la demanda y de la cual el juzgador no puede apartarse para resolver, pudiendo únicamente establecer cuál es el derecho aplicable a ella; extremo éste que, precisamente, ha llenado este voto subsumiendo la pretensión en lo dispuesto por el art. 784 y conc. del Código Civil.

10°) En las condiciones que anteceden, resulta inútil examinar si el presupuesto fáctico indicado (destrucción total del rodado al tiempo de su adquisición y ocultación posterior de ese hecho) está o no debidamente acreditado en la especie toda vez que, como se acaba de exponer, ello aparece como inocuo para sostener la demanda de repetición.

caso fortuito y la fuerza mayor, que el asegurado invoque y pruebe.

2.2.1. Planteo de la Excma. Cámara

En el caso presente, la sentencia ha establecido que el asegurador reclamó la repetición del pago que hizo al demandado y no la nulidad del contrato de seguro, distinción relevante pues determinó una *causa petendi* diferenciada como lo advirtiera la sala C de ese mismo Tribunal en el caso C. 11/2/93, “Proteínas S.A. con La Buenos Aires S.A. Cía. de Seguros”.

Entre los desaciertos de concepto y jurídicos que en la proposición de la demanda se han endilgado a la actora, la Excma. Cámara señaló que el art. 48 de la ley 17.418, bien leído, no otorga derecho a la compañía aseguradora para repetir el pago efectuado, sino que “solamente le concede la facultad de denegarlo frente a la denuncia del siniestro, siempre que concurren las circunstancias fácticas que refiere”.

A manera de aclaración, en los párrafos que continúan el argumento, el Tribunal dijo que la regla citada permite al asegurador denegar el pago, pero que una vez que el asegurado cobrara la indemnización, dicha pérdida del derecho del asegurado aludida en la prescripción del citado art. 48 no puede producirse, pues el derecho del asegurador se ha consumado, quedando por ello el precepto huérfano de toda operatividad.

No dejo de acordar con la Excma. Cámara, acerca de que el derecho del asegurador está sujeto a su invocación y a que no se presente ninguno de los obstáculos a los que me he referido al comenzar este ítem 2.2.1.

Pero en lo que no convengo con el Tribunal sentenciador es en la medida en que estimo que la doctrina apoyada no ha sido establecida por la ley, en tanto y en cuanto considera al art. 48 de la ley 17.418 carente de operatividad, una vez que el asegurador hubiera pagado la indemnización al asegurado.

En este esquema, aprecio que se ha incurrido en un error interpretativo, porque la vigencia del planteo de la norma acerca de la pérdida de todo derecho a ser indemnizado no está vinculada a tiempo alguno sino, en el mejor de los supuestos favorables al asegurado, al conocimiento que el asegurador hubiera tenido respecto del incumplimiento malicioso de las cargas o a la exageración fraudulenta de los daños o al empleo de pruebas falsas para acreditar los daños.

Con lo que acabo de escribir, estoy sosteniendo que si el asegurador, con la diligencia que requiere su posición, no ha conocido ni podido conocer apropiadamente dichos

tres planteos que tan claramente consigna el art. 48 de la ley 17.418, su ignorancia, en definitiva, motivada por la mala fe del asegurado no le puede sobrellevar una pérdida.

A este error en la exégesis, lo extiendo a las consideraciones que se efectúan acerca del caso “Proteínas” que se cita como antecedente, caso en el que la Excma. Cámara, por mayoría de una votación dividida, estableció que había habido un pago parcial sin advertir que el asegurador había desconocido hasta tiempo después a dicho pago las causas por las que el asegurado falló a la carga establecida por los arts. 47 y 48.

Dicha inadvertencia provocó el error que la llevó a asumir prácticamente un parecer semejante.

Esto hace al caso que nos está ocupando, porque justamente de manera inversa, como surge del expediente, los liquidadores que estaban atendiendo la denuncia del robo del vehículo asegurado conocían ciertas particularidades deficientes en la actuación del asegurado y, por ello, por carta documento del 30 de marzo de 2000, le hicieron saber que los plazos estaban suspendidos, si bien días más tarde, el 10 de abril de 2000, el asegurador, aparentemente sin conocer ello, concretó el pago de la indemnización.

2.3. El siniestro y el pago de la indemnización

En todo el mecanismo que en nuestro medio y principalmente por la buena práctica que han seguido cuanto menos los muchos buenos aseguradores existentes, el pago de la indemnización que en los seguros de daños patrimoniales corresponde al ocurrir un siniestro, o sea, el acontecimiento de un riesgo pactado, ha funcionado con regularidad, salvo contadas excepciones. Esta buena práctica ha impedido una insensata existencia y proliferación de juicios sustentados en estas circunstancias.

Este acontecer que siempre he puesto de relieve se ha respaldado en una armónica consonancia de las realidades que suceden al aparecer un episodio con visos de tratarse de un siniestro, con los preceptos que estamos viendo y los apropiados y exigentes referidos al pago por parte del asegurador.

La trascendente obligación que se acaba de mencionar, y de esta manera la he ponderado al iniciar el punto 1 de este comentario, requiere en cada supuesto que se tratase de un acabado estudio a la luz de varios artículos de la ley 17.418 como son, para los casos de seguros patrimoniales o de daños, los enumerados como 49, 51, 56, 72, 76, 79, 80.

Veamos parte de la materia, y aunque a mi saber y entender, con lo escrito en el punto anterior el desconoci-

miento del asegurador resulta argumento de eficacia lógica, la ley hace una referencia muy concreta a este aspecto.

El art. 79 se refiere específicamente a la renuncia por parte del asegurador del derecho a invocar las causales de liberación que podría esgrimir, pues su redacción se fija en los efectos que la participación del asegurador en el procedimiento pericial de valuación del daño de liquidación produciría en relación con las causales anteriores de liberación que hubiera conocido con anterioridad.

La cita con la que la Excma. Cámara pretende apoyar su argumentación, referida al libro del maestro HALPERÍN (*Exposición crítica de la ley 17.418*, Buenos Aires, 1970, pág. 394, texto y doctrina de los fallos citados en notas 280 y 281), no me resulta del asunto, ya que si como entiendo la edición de la obra citada es la de Depalma de 1970, reimpresa en 1972, las menciones de la jurisprudencia que se abordan en las notas 280 y 281 anexas a los supuestos rechazados por el mencionado autor corresponden a los años 1927 y 1943, o sea, muchos años antes de que hubiera aparecido la ley 17.418, dado que ésta ha comenzado a regir a mediados del año 1968.

Por lo demás, no es extraño que el Dr. HALPERÍN participara de la jurisprudencia que citó en la página y notas indicadas en el fallo al que ocupa este comentario, dado que en su proyecto de la ley general de seguros de 1959 elevado al ministro Mac Kay de Educación y Justicia el 9 de junio de ese año⁽¹¹⁾, el proyectado art. 75 lo expresa de esa forma, desde que textualmente dice: “Art. 75. La participación del asegurador en el procedimiento pericial de valuación de los daños, importa su renuncia a invocar causales de liberación nacidas con anterioridad, incompatibles con esa participación”.

La palabra “nacidas” del proyecto del art. 75 no significa en absoluto lo mismo que la palabra “conocidas” que aparece en el art. 79 de la ley 17.418. Es que el criterio bastante contrario a la actividad aseguradora de las empresas anónimas argentinas que no ocultaba el Dr. HALPERÍN, a quien tuve el beneficio de conocer y tratar como uno de los más notablemente competentes profesores del derecho, surgió sin hesitaciones al dar los antecedentes de ese proyecto. Así, justamente, con las citas de la jurisprudencia nacional que aparece en las notas 280 y 281 que, como lo he indicado más arriba, no estaban ordenadas por fallos relativos a la ley 17.418, sino a las disposiciones del Código de Comercio y al negocio asegurador de aquellos años,

(11) Conf. edición oficial de la Subsecretaría de Justicia, sin pie específico de edición.

Sólo por abundar, destaco que la expresión de agravios de la aseguradora tampoco controvierte convincentemente las conclusiones brindadas por el juez *a quo* en el sentido de la falta de una adecuada prueba del apuntado presupuesto fáctico, cabiendo observar sobre el particular lo siguiente:

(a) La ponderación –requerida por la actora– del informe elaborado por Lar Elite Security Service S.A. (fs. 290), no alcanza para el propósito probatorio pretendido.

Esto es así porque si bien la jurisprudencia ha asignado valor probatorio al informe de los liquidadores de siniestros, lo ha hecho en la medida en que, a la fecha de su confección, eran contrapuestos los intereses de las partes involucradas, esto es, del asegurado y asegurador (conf. CN-Com., Sala D, 14/2/07, “La Equitativa del Plata S.A. c/ Empresa Distribuidora Sur [Edesur] y otros s/ ordinario”; íd. Sala D, 14/6/07, “Aseguradora de Cauciones S.A. Cía. de Seguros c/ Prosegur S.A. s/ ordinario”; íd. Sala D, 9/10/07, “Multiplast S.A. c/ AGF Allianz Argentina Compañía de Seguros Grales S.A. s/ ordinario”; CNFed. Civ. Com., Sala II, 6/10/98, “La Holando Sudamericana Cia.

de Seguros S.A. c/ Millon Air y otro”; íd. Sala II, 3/3/98, “Lider Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Ridal Compañía de Transportes Pesados”; íd. Sala II, 13/8/98, “Sud América Cía. Argentina de Seguros de Vida y Patrimoniales S.A. c/ Bq. Zim Uruguay”).

Sin embargo, no es tal el caso de autos, habida cuenta de que el informe de referencia fue confeccionado después de que el asegurado había sido pagado por la aseguradora, o sea, cuando sus intereses no estaban ya contrapuestos y, lo que es más importante, sin control alguno de su parte.

(b) El hecho de que los testigos que declararon en autos fueran amigos o vecinos del demandado, y que hubiera alguna contradicción en sus dichos no es, en las condiciones del caso, motivo suficiente para descalificarlos como lo hizo la actora al alegar y lo hace en el memorial de agravios. Ello es así, porque nuestra ley de rito no consagra un régimen de inhabilidades genéricas respecto de los testigos (sistema de tachas por la vinculación con las partes, profesión del declarante, lugar de residencia, etc.), sino que adhiere a la apreciación libre –y no tasada– de la prueba testimonial, remitiendo al *standard* jurídico de la

sana crítica (arg. arts. 386 y 456; Palacio, L., *Derecho Procesal Civil*, Buenos Aires, 1992, t. IV, ps. 642/643; CNFed. Civ. Com., Sala II, “Agencia Marítima Latinoamericana S.A. c. Bajamar S.A.”). En este sentido, las declaraciones testimoniales deben ser apreciadas en su conjunto, atendiendo a las circunstancias que corroboren o disminuyan la fuerza de sus dichos. Más precisamente por aplicación de ello, entiendo en concordancia con el juez *a quo* (fs. 383), que los testigos han brindado una descripción suficiente acerca del estado del automotor al tiempo de su adquisición, sin que disminuya el poder de convicción de sus declaraciones algunas discordancias en detalles secundarios capaces de pasar inadvertidos o ser captados con diferentes matices.

11°) Con lo expuesto hasta aquí quedan rechazados los agravios primero a cuarto del memorial de fs. 419/427 y, por tanto, confirmado el rechazo de la demanda.

Anticipando esa situación de hecho, el quinto agravio de la parte actora se refiere a la imposición de costas. En tal sentido, entiende la recurrente que aun confirmándose

que carecía de una legislación dirigida a tutelar a los consumidores de seguro.

Nuestro Código Civil, en los arts. 868 a 875, legisla sobre ello, considerando desde la renuncia expresa a un derecho hasta la renuncia tácita, incluyendo en sus preceptos la forma exterior, así como la intención de hacerlo, la retractación y la no susceptibilidad de aplicarse a los de orden público.

En consonancia con dichas normas, el artículo de la ley 17.418 que se acaba de citar atribuye al asegurador la renuncia a invocar causales de liberación que: a) conociera con anterioridad; b) que fueran incompatibles con su participación en el procedimiento pericial del art. 57.

2.3.1. Continuación del análisis normativo indicado en el punto precedente

Estimo conveniente, a los fines del estudio que está en la común mira tanto del lector como en la propia, discontinuar el orden numérico de los preceptos indicados párrafos atrás, para ceñirnos a aquellos que de forma relevante inciden en el cumplimiento de la obligación de indemnizar que significa la ocurrencia de un siniestro, e intentar armar un esquema de la conjunción de todas las normas que prescriben la conducta a seguir por el asegurador, para compatibilizarla temporalmente con su finalidad en los seguros patrimoniales, cual es resarcir el daño conforme la definición que del contrato de seguro brinda el art. 1° de la misma ley.

En este orden de ideas, arrancaremos con el análisis del art. 56 debido a que regula el primer plazo que habrá de jugar para dicho cumplimiento del contrato.

Apunto de manera general que éste como otros plazos en la materia es improrrogable, desde que sólo el inicio de ellos puede ser diferido⁽¹²⁾.

Obviamente mantengo la posición doctrinaria que siempre he expresado en torno a que el deber del asegurador de cumplir su prestación se vincula estrechamente con el correspondiente del asegurado de denunciar el acontecimiento o circunstancias que podrían originar el siniestro y, por ello, y en razón del estado de necesidad que el daño sufrido provoca en el asegurado en los seguros patrimoniales, la respuesta aseguradora debe ser de toda diligencia.

Es decir que la certeza y hasta urgencia fijadas por la ley en lo tocante a la denuncia del “siniestro” por parte del tomador o del asegurado, para permitir cuanto antes las investigaciones del asegurador, se compadecen con las que exige la situación del asegurado de conocer el estado de sus derechos relacionados con el contrato de seguro llevado a cabo.

En esta línea, el primer artículo de la ley que he mencionado en el inicio de cuatro párrafos atrás, prescribe el deber del asegurador de pronunciarse en lo concerniente al derecho que estime le cabe al asegurado.

Esta incumbencia tiene, en primer lugar, la característica de ser inexcusable, toda vez que su omisión “importa aceptación”. Esta terminología que he puesto entre comillas es de la misma ley y, desde luego, se trata de una con-

secuencia de verdadero cariz sancionatorio, tal como con anterioridad en su numeración (art. 36 y sigs.) contempla bajo el rótulo de caducidad a ciertos incumplimientos que afectarían al asegurado.

En segundo lugar, la norma fija un plazo cuyo comienzo –como se ha consignado *supra*– es incierto, en la medida en que es desconocido el momento en que sucederá.

En este sentido adviértase que los 30 días corridos como término máximo para que el asegurador le comunique al asegurado su decisión tienen como momento inicial el día siguiente a aquel en el que recibió la información complementaria indicada en los párrafos 2° y 3° del art. 46 y, como todo plazo regulado por el Código Civil, habrá de vencer en su día 30 del intervalo a la medianoche.

Por ello, mientras la información complementaria en cuestión no hubiera sido recibida por el asegurador, el plazo de 30 días en el que vencería el deber de éste para desestimar el derecho del asegurado y quedar aceptada su obligación de reconocimiento no habría cobrado tal virtualidad.

Remarco que en esta instancia la carga del asegurado no se entenderá cumplida hasta que el asegurador no recibiere la información complementaria, desde que la ley utiliza este verbo de recibir, y la bondad o eficacia del medio utilizado para tener a aquél por cumplido se halla a su cargo.

2.3.1.1. Espacio de tiempo para pagar

A continuación cabe explorar el patrón que aporta el art. 49 de la ley 17.418, primero de la sección XII denominada “Vencimiento de la obligación del asegurador”.

Con palabras precisas, el título que enuncia el contenido de la prescripción nos brinda un panorama relacionado con un espacio de tiempo y no con un momento precisado en una fecha específica.

Ese espacio es el que existirá dentro de los quince días una vez que haya quedado fijado el monto de la indemnización ofrecida, o de haberse aceptado la que el asegurador propuso al asegurado.

Ese término, de días corridos, se cuenta a partir del día siguiente de ocurrir uno u otro de los episodios que se acaban de indicar, los que de todas maneras requieren, además, que el plazo que hemos visto en el art. 56 se encuentre vencido.

2.3.1.2. Integración del monto del pago

El pago del caso debe ser íntegro, para lo cual el asegurador debe computar todos los ítems que lo pudieran componer, como los relacionados con todo lo referido a aquellos a su cargo provenientes del salvamento.

Más allá de estas contingencias, puede suscitarse la posibilidad de obligarse al asegurador a pagos a cuenta, situación establecida por el art. 51 de la misma ley con sus derivaciones, inclusive la posible del juicio de peritos del art. 57.

Como he sostenido *supra*, de manera general (ver nota 12 y el párrafo al cual se adhiere), ciertos plazos revisten el carácter de improrrogables.

Se trata de aquellos marcados para proteger fundamentalmente los derechos del asegurado en tanto está presente la incertidumbre de éste en relación con el desconocimien-

to de cuál habrá de ser la conducta del asegurador. En otras palabras, durante el tiempo de deliberación que indiscutiblemente le corresponde a esta parte para tomar su decisión, a la luz de los antecedentes que pueda reunir acerca del episodio sucedido.

Una vez tomada la determinación de aceptar el siniestro, voluntad que puede asumirse tácita o expresamente, la precaución expuesta por la ley deja de tener ese sentido, ya que el asegurador pasa a ser un deudor de la indemnización cuyo monto en ciertos casos podrá complicarse en su definición.

En estos casos o en aquellos otros en los que con sensatez las partes así lo hubieran estipulado en el contrato en virtud de la complejidad de una empresa de ese tipo, el importe podría dejarse a la decisión de un juicio pericial, tal como denominan los arts. 57 y sus correspondientes, el 78 y el 79.

Recuérdase que el art. 57 excluye a la valuación del daño de la nulidad con la que fulmina a las cláusulas compromisorias.

Tanto en la cuestión comentada precedentemente como en el supuesto regulado por el art. 51, esto es, cuando luego del reconocimiento del derecho del asegurado a la indemnización, si bien el daño hubiera podido ser estimado, el procedimiento para establecer la prestación debida no se hubiera terminado por demoras en el mismo no incurridas por causa del asegurado, éste podrá reclamar un pago a cuenta de aquélla, pago que importará, al menos, la mitad de la prestación reconocida u ofrecida por el asegurador.

Algo más. La norma del art. 51 comete el mismo error que he señalado al comienzo de este trabajo, de confundir siniestro con hecho generador, desde que el mes que puntualiza –salvo las demoras del asegurado– no es otro que los treinta días del art. 56.

El pago a cuenta en estudio fue el que debió concretarse en el caso de “Proteínas” que como paradigma señaló la Excma. Cámara, desde que el asegurador involucrado debió afrontar por no haberse podido terminar la liquidación del episodio. Me permito insistir en que al cumplir con la obligación de hacer un pago a cuenta todavía no se había tenido noticia cierta y clara de las maniobras del asegurado, luego conocidas e invocadas para rechazar las pretensiones del asegurado.

3 Final

Entiendo que con lo expuesto, de ninguna manera es factible considerar como terminado el tema y, por el contrario, de la bibliografía anotada surgen varias dudas, preguntas y hasta la posibilidad de otros conflictos como el que puede suscitar el fallo de la sala C de la Excma. Cámara en lo Comercial de la Capital Federal y, desde luego, el presente ensayo.

Por ello, pienso que, oportunamente, si Dios quiere, procuraré realizar una revisión de todo el asunto, reeditando trabajos anteriores.

VOCES: **SEGURO - DERECHO COMPARADO - DAÑOS Y PERJUICIOS - PODER JUDICIAL - PAGO - ACTOS Y HECHOS JURÍDICOS**

(12) Es el sentido que se desprende de lo legislado por los textos de los arts. 56 y 49.

el rechazo de la demanda, las expensas del juicio deben correr en el orden causado ya que "...mi parte se sintió con derecho a realizar la presente acción..." (fs. 425 vta.).

Se trata de otro agravio inadmisibles.

Ha dicho la jurisprudencia con reiteración que la exención de costas fundada en la razón probable para litigar, debe estar avalada por elementos objetivos de apreciación, ya que quien somete una cuestión a la justicia es porque obviamente cree tener la razón de su parte, no eximiéndolo ello de pagar los gastos del contrario si el resultado del pleito le es desfavorable (conf. CNCom., Sala A, 30/6/1999, LL 2000-B, p. 409; CNCom., Sala A, 30/8/2000, LL 2000-F, p. 984). De tal suerte, la sola creencia subjetiva no es razón suficiente para eximir el pago de las costas al perdidoso (conf. CNCiv., Sala A, 9/12/1998, LL 2000-A, p. 549; CNCiv., Sala E, 3/12/2003, DJ t. 2004, p. 576), siendo la cuestión de interpretación restrictiva (conf. CNCiv., Sala F, 22/6/1983, LL 1983-D, p. 146).

Una idéntica interpretación es sostenida por la doctrina especializada (conf. Palacio, L., y Alvarado Velloso, A., ob. cit., t. 3, ps. 97/98; Fenochietto, E. y Arazi, R., *Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, comentado y concordado*, Buenos Aires, 1993, t. 1, p. 284; Highton, E. y Areán, B., *Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, concordado con los códigos provinciales - Análisis doctrinal y jurisprudencial*, Buenos Aires, 2004, t. 2, ps. 67/68; etc.).

En el *sub lite* no se aprecian reunidos los elementos objetivos necesarios para disponer por la causal invocada la exención de las costas que solicita el recurrente, ni su apelación los destaca.

Por ello, habrá de confirmarse también en este aspecto la decisión de primera instancia.

12º) El demandado reconvino contra la aseguradora reclamándole la indemnización del daño moral que, afirmó, le produjo la demanda de autos.

El juez *a quo* admitió la reconvencción y condenó a la aseguradora actora al pago de \$ 5000 imponiéndole, además, las costas respectivas. Esta decisión también provoca el agravio de la actora quien, con distintos argumentos, reclama la revocación del fallo en este aspecto.

Entiendo que el agravio es procedente, aunque no por las razones expuestas en el memorial sino por otras muy distintas, a las cuales cabe igualmente acudir pues, como lo ha declarado la Corte Suprema de Justicia de la Nación, la circunstancia de que los jueces decidan conforme a razones no alegadas específicamente por el apelante, comporta legítimo ejercicio de la facultad que tienen de apreciar y seleccionar los hechos y las constancias del caso que se estiman más adecuadas para la correcta solución del diferendo, con prescindencia de los fundamentos que enuncien las partes (Fallos: 302:1564), máxime cuando de ello no se deriva un resultado distinto del pretendido por aquél (Fallos: 292:493).

En ese orden de ideas, recuerdo que el problema de la responsabilidad por la promoción de acciones judiciales injustificadas (de demanda injusta habló el señor Botazzi en fs. 134), se desarrolla en un marco jurídico especial que conviene recordar.

Al respecto, se ha dicho con razón, que desde el momento que el derecho de propia justicia únicamente se acuerda por excepción, en la medida indispensable para excluir el peligro (vgr. art. 2470 del Código Civil), va de suyo que el acceso a los tribunales constitucionalmente organizados, con el objeto de obtener el reconocimiento de los derechos, no admite cortapisas. Cada uno, por consiguiente, es libre de ocurrir ante los jueces exponiendo sus pretensiones, bien o mal fundadas, sin que ni siquiera la torpeza de los hechos que se invocan para justificar la demanda, sea circunstancia que autorice a cerrar las puertas del pretorio. Tan amplia es esta facultad, que bien ha podido verse en ella, antes que una obra puramente egoísta, el cumplimiento, más o menos consciente, de una verdadera función social, desde que defendiendo cada uno su propio derecho, no es solamente su particular interés que salvaguarda, sino el derecho y el interés de todos (conf. Acuña Anzorena, A., *Estudios de responsabilidad civil*, La Plata, 1963, p. 186; Josserand, L., *El espíritu de los derechos y su relatividad*, México, 1946, ps. 51/52, n° 39).

Es por ello, atento la amplia extensión y naturaleza del derecho de ocurrir a la justicia, que el ejercicio de una acción, o de una defensa, no puede por sí constituir una falta o entañar, en principio, responsabilidad alguna, aun cuando se la hubiera declarado inadmisibles: *nullus videtur dolo facere qui suo jure utitur* (conf. CNCom., Sala D,

30/5/2008, "Gysin, Norberto y otros c/ Garovaglio y Zorraquin S.A. s/ nulidad de asamblea", voto del suscripto).

Absurdo sería pensar, sin embargo, que por sagrado e intangible que este derecho aparezca, ante la amplitud que legalmente se le acuerda, deba verse en él una prerrogativa absoluta, de la que pueda disponerse arbitrariamente, sin limitación alguna. Si cada uno fuese libre de recurrir a las vías legales, de utilizar en su favor "el arsenal formidable del procedimiento" (según la expresión de Josserand, L., ob. cit., p. 53), sin preocuparse antes de hacerlo de calcular la legitimidad de sus pretensiones y la honestidad de sus propósitos, indudablemente se alteraría con ello el orden social tanto más, sin duda, que si se permitiera a cada uno hacerse justicia por su mano, porque bajo la forma disimulada de una garantía legal, podrían ocultarse las intenciones más aviesas e inconfesables. Es precisamente para evitar que esto suceda, para impedir que un medio de prosecución del orden se convierta en causa de desorganización social, que según principio de unánime reconocimiento doctrinario, el derecho de estar en juicio deja de ser tal cuando se lo ejercita de manera abusiva, o, lo que es lo mismo decir, cuando quien de él se sirve lo hace torticeramente (conf. Acuña Anzorena, A., ob. cit., p. 187; en análogo sentido: Spota, A., *Tratado de derecho civil - parte general*, Buenos Aires, 1960, t. I, vol. 2-2, ps. 433/434, n° 341 y espec. p. 456, n° 351).

Ahora bien, el control que puede hacerse del derecho potestativo relativo al ejercicio de las acciones judiciales por vía de la noción del abuso del derecho, está sujeto a calificaciones especialmente rigurosas. Por eso, en el derecho francés, la Corte de Casación ejerce un control según el cual para calificar el carácter abusivo de las acciones judiciales no bastan fórmulas estereotipadas como que "la demanda carece de base objetiva", o que "la acción es abusiva" y semejantes (conf. Cadiet, L. y Le Tourneau, *Abus de Droit*, en Répertoire Dalloz de Droit Civil, París, 2002, p. 23). En consecuencia, el solo hecho de que la demanda hubiera sido interpuesta erróneamente no supone responsabilidad sin otras calificaciones, aunque haya causado daño al demandado, sin perjuicio de la facultad del juez para condenar en costas. Todo indica que la responsabilidad por acciones judiciales es correlativa a deberes de conducta que tiene un litigante de buena fe. La mala fe, en su caso, se expresa no sólo en la conducta maliciosa, sino también en la imprudencia temeraria en el ejercicio de la acción. El problema radica precisamente en determinar cuál negligencia es necesaria para que la actuación judicial sea tenida por abusiva. Todo indica que habiendo bienes institucionales en juego (como son el derecho a la acción y el interés por la observancia del derecho), el estándar de cuidado no puede ser excesivamente exigente. Por eso, el establecimiento de la responsabilidad requiere una circunstanciada relación del hecho dañoso que muestre una actuación calificable de abusiva respecto de la contraparte. En otras palabras, no basta atribuir negligencia para que haya lugar a la responsabilidad, sino que debe demostrarse por qué la imprudencia es tan grave que pueda ser tenida por abusiva (conf. Barros Bourie, E., *Tratado de la responsabilidad extracontractual*, Santiago, 2007, ps. 644/645, n° 451, ap. "a" y "b").

En el caso *sub examine* lejos se ha estado de una situación que pueda calificarse como de abuso en el ejercicio de la pretensión justificable por parte de la actora. Ciertamente que la demanda de esta última careció de una adecuada fundamentación, pero de acuerdo a lo antes expresado, ello no es suficiente para responsabilizar a la aseguradora en los términos pretendidos. Por lo demás, la falta de un desarrollo siquiera mínimo por parte del demandado en orden a la justificación jurídica de su reconvencción (véase fs. 134/135), reafirma la improcedencia de esta última. Cabiendo observar, en fin, que la constatación de la existencia del daño moral no basta para ordenar su indemnización, pues es preciso establecer previamente la imputabilidad del agente responsable, extremo este último que no se ha concretado en el caso de autos.

En las condiciones expuestas, debe ser revocada la sentencia en cuanto admitió la reconvencción del demandado, quedando esta última rechazada.

13º) El régimen de costas queda, en definitiva, definido del siguiente modo:

(a) Las costas devengadas por la excepción de prescripción que resulta rechazada (que habrán de ser calculadas en función del monto reclamado en la demanda), son a cargo del demandado, de acuerdo a lo resuelto en el considerando 4º.

(b) Las costas originadas en el trámite de la demanda (que habrán de calcularse de acuerdo al monto reclamado en fs. 96/100) deben correr, en ambas instancias, a cargo de la aseguradora actora (art. 68, primera parte, del Código Procesal).

(c) Las costas correspondientes a la reconvencción que resulta rechazada (y que corresponderá calcular teniendo en cuenta los \$ 9600 fijados en fs. 134), deben imponerse, en ambas instancias, al demandado Botazzi (arts. 68 y 279 del Código Procesal).

14º) Por las razones expuestas, voto porque se confirme la sentencia de primera instancia en cuanto rechazó la demanda, y porque se la revoque en cuanto admitió la reconvencción, la que consiguientemente queda desestimada. Las costas deben ser soportadas por las partes de acuerdo a lo establecido en el considerando 13º.

Así lo propongo al acuerdo.

Los señores Jueces de Cámara, doctores *Vassallo* y *Dieuzeide* adhieren al voto que antecede.

(a) Confirmar la sentencia de primera instancia en cuanto rechazó la demanda, y revocarla en cuanto a la reconvencción admitida.

(b) Imponer las costas de acuerdo a lo establecido en el considerando 13º.

(c) Con base en las pautas establecidas en el citado considerando 13º se procede a revisar los honorarios.

Por la excepción de prescripción, regúlase en \$... (pesos ...) el honorario del letrado apoderado de la parte actora, Hernán D. Pérez Rachel y en \$... (pesos ...) el del letrado patrocinante de la parte demandada, Juan José Kali (arts. 6, 7 y 33 de la ley 21.839 modificada por la ley 24.432).

Por las tareas cumplidas en el trámite principal y en mérito a la naturaleza, importancia y extensión de las mismas como así también las etapas procesales efectivamente cumplidas, redúcense los honorarios regulados en fs. 377/390 a \$... (pesos ...) para el letrado apoderado de la parte actora, Hernán D. Pérez Rachel y a \$... (pesos ...) para el letrado patrocinante de la parte demandada, Juan José Kali.

Por estar apelado sólo por alto, confírmase el honorario regulado en \$... (pesos ...) para el letrado patrocinante de la parte actora, Daniel R. Barón (art. 505 del Código Civil; arts. 6, 7, 9, 19, 37 y 38 de la ley 21.839 modificada por la ley 24.432).

Por el trámite de la reconvencción, y en los términos del art. 279 del Código Procesal, regúlase en \$... (pesos ...) el honorario del letrado apoderado de la parte actora, Hernán D. Pérez Rachel; en \$... (pesos ...) el del letrado patrocinante de la misma parte, Daniel R. Barón y en \$... (pesos ...) el del letrado patrocinante de la parte demandada, Juan José Kali (art. 505 del Código Civil; arts. 6, 7, 9, 19, 37 y 38 de la ley 21.839 modificada por la ley 24.432).

Por el escrito de fs. 419/427, regúlase en \$... (pesos ...) el honorario del abogado Hernán D. Pérez Rachel, el cual queda a cargo de su cliente, y en \$... (pesos ...) a cargo de la demandada (art. 14 de la ley 21.839).

Fíjase en \$... (pesos ...) el honorario del mediador, Carlos Guillermo Renis (Decreto 91/98, art. 21).

Examinadas las actuaciones, se advierte que el perito contador no se encuentra notificado de la regulación de sus honorarios. En atención a ello, corresponde diferir la consideración de sus emolumentos hasta tanto se cumpla dicha notificación.

Notifíquese, y oportunamente, devuélvase al juzgado de origen. - Pablo D. Heredia. - Gerardo G. Vassallo. - Juan J. Dieuzeide (Sec.: Gastón M. Polivera).

Seguro:

De vida colectivo: interpretación.

NF

Con nota a fallo

1 - Puesto que el seguro colectivo de vida motivo de autos es un contrato de adhesión cuya interpretación debe hacerse en contra del predisponente y en el sentido más favorable al consumidor y haciendo prevalecer las condiciones particulares por sobre las generales, cabe concluir que, ante las contradicciones existentes entre las condiciones generales y las especiales, corresponde interpretar que para efectuar las deducciones correspondientes a la edad del asegurado y al riesgo cubierto deberá partirse del monto del capital asegu-

rado individual –v. gr. 30 sueldos– y no del tope máximo establecido, pues no se trata de la cobertura completa sino de una cobertura reducida en función de la edad; ya que si la aseguradora pretendía que en el caso de cobertura por muerte el capital quedara doblemente reducido, debió establecerlo claramente y si así no lo hizo debe cargar con las consecuencias de tal imprecisión.

2 – Dado que las cláusulas del contrato de seguro colectivo de vida motivo de autos están redactadas de forma precisa y explícita, el mismo debe interpretarse de manera literal, tanto respecto del riesgo asegurado cuanto de la base del cálculo indemnizatorio, por lo cual, si se ha claramente establecido que el capital asegurado –v. gr. 30 sueldos– no puede exceder a todo efecto un cierto tope, es obvio que esos 30 sueldos constituyen el “capital” únicamente en el caso de que no excedan ese límite máximo, por lo cual, a los efectos de realizar las deducciones correspondientes a la edad del asegurado y al riesgo cubierto, corresponde tomar como base de cálculo el monto máximo establecido, y no el múltiplo de los sueldos (del voto en disidencia del doctor PÉREZ HUALDE). R.C.

16 – SCJ Mendoza, octubre 8-2009. – De Elizalde de Marzari Isabel María en J° 36.503/ 311.000 “De Elizalde de Marzari, Isabel María c. Sancor Coop. de Seg. Ltda. p/cumpli. de contrato s/inc. cas.”.

En Mendoza, a los ocho días del mes de Octubre del año dos mil nueve, reunida la Sala Primera de la Excm. Suprema Corte de Justicia, tomó en consideración para dictar sentencia definitiva la causa N°: 93.973, caratulada: “De Elizalde de Marzari Isabel María en J° 36.503/ 311.000 ‘De Elizalde de Marzari Isabel María c/ Sancor Coop. de Seg. Ltda. p/ cumpli. de contrato s/ inc. cas.’”.

Conforme lo decretado a fs. 56 se deja constancia del orden de estudio efectuado en la causa para el tratamiento de las cuestiones por parte de los Señores Ministros del

Tribunal: Primero: Dr. Fernando Romano; Segundo: Dr. Alejandro Pérez Hualde y Tercero: Dr. Pedro Llorente.

ANTECEDENTES:

A fs. 3/23 la recurrente Sra. Isabel De Elizalde de Marzari, por intermedio de apoderado, deduce recursos extraordinarios de Inconstitucionalidad y Casación, contra la sentencia dictada a fs. 215/225 vta., por la Cuarta Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial y Minas de Paz y Tributario de la Primera Circunscripción Judicial, en los autos n°: 36.503/311.000 caratulados: “De Elizalde de Marzari Isabel María c/ Sancor Coop. Seg. Ltda. p/ cump. de contrato”.

A fs. 28 y vta., se admite formalmente sólo el recurso de Inconstitucionalidad y se desestima el de Casación, ordenándose correr traslado a la contraria, el que es contestado a fs. 40/48 vta., solicitándose su rechazo.

A fs. 51/53 vta. obra el dictamen del Sr. Procurador General, por el que se aconseja el rechazo del recurso deducido.

A fs. 55 se llaman los autos para dictar sentencia, a fs. 56 se deja constancia del orden de estudio en la causa por parte de los Sres. Ministros del Tribunal.

De conformidad con lo establecido en el art. 160 de la Constitución de la Provincia, esta Sala se plantea las siguientes cuestiones a resolver:

Primera Cuestión: ¿Es procedente el recurso de Inconstitucionalidad interpuesto?

Segunda Cuestión: En su caso, ¿qué solución corresponde?

Tercera Cuestión: Costas.

A la primera cuestión el Dr. *Fernando Romano*, dijo:

Los antecedentes de la causa relatan que la actora promovió demanda por cobro de pesos contra Sancor Coop. de Seguros, a los efectos de reclamar el cobro de una póliza derivada de un contrato de seguro. Afirma ser benefi-

ciaria de dicho contrato de seguro celebrado entre la aseguradora y el Poder Judicial de la Provincia de Mendoza y por el cual se aseguraba a su marido, José Tiburcio Marzari, magistrado. A la muerte de su esposo, solicitó a la aseguradora el pago de la póliza, la que luego de requerirle que efectuara el trámite administrativo correspondiente, le informó que le liquidaría la suma de \$ 75.000, la que no aceptó por no ajustarse a los términos de la póliza.

Luego de diversas gestiones, la aseguradora le reconoce la suma de \$ 36.000, por entender que era el tope que correspondía abonar en razón que el asegurado había cumplido los 73 años. Dicha suma fue aceptada bajo protesta y como pago a cuenta, con reserva de reclamar el resto, por entender que ello integraba el monto asegurado. Conforme las cláusulas 1.4, 4 y 6 del contrato, sostiene que el capital asegurado individual era el múltiplo de 30 sueldos del fallecido (cláusula 1), reducido en un 50% por la edad (cláusula 4), por lo que si cobraba \$ 10.333, resultaba una suma de \$ 154.995, pero como supera el máximo de \$ 144.000 (cláusula 1.4), le correspondía este último monto. Por tal razón reclama la suma de \$ 108.000 que es la diferencia existente entre lo que ya había recibido (\$ 36.000) y los \$ 144.000.

Por su parte la aseguradora demandada, entre otras consideraciones sostuvo que, en el caso del certificado individual de la póliza en cuestión, expresamente establecía que la cobertura en caso de muerte era de pesos 36.000.

En primera instancia se declaró procedente la demanda en su totalidad. Apeló la compañía demandada y la Cámara de Apelaciones hizo lugar al recurso y rechazando en definitiva, la demanda instaurada.

Luego de reseñar los principios doctrinarios y jurisprudenciales aplicables en materia de interpretación de los contratos en general y de seguro en particular, la sentencia afirmó que en el caso concreto la discusión se centraba en

El contrato de seguro de vida colectivo y las cláusulas limitativas de cobertura

por MARIANO P. CAIA

Sumario: INTRODUCCIÓN. – BREVES CONSIDERACIONES SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO BAJO ESTUDIO. – LA INTERPRETACIÓN DE LAS CLÁUSULAS Y EL CERTIFICADO DE COBERTURA. – CONSIDERACIONES FINALES.

Introducción

El presente comentario recae sobre un reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Mendoza, la cual decide sobre un conflicto suscitado respecto de la interpretación de las cláusulas limitativas de cobertura contenidas en un seguro de vida colectivo en donde el capital asegurado resultó pactado bajo la modalidad “múltiplo de sueldos”.

Acontecido el siniestro, y ya en la etapa de liquidación, se produjo una diferencia entre la beneficiaria y la aseguradora respecto del monto del beneficio que dio motivo al reclamo judicial. Cada una de las partes asignaba una interpretación distinta respecto de las cláusulas que los vinculaba.

Preliminarmente no resistió la aseguradora la cancelación de la prestación a su cargo, sino que por el contrario intentó honrarla. Y digo “intentó” en tanto reconoció y abonó una cierta suma que fue admitida por la beneficiaria, pero bajo protesta y como pago a cuenta.

Las cláusulas que dieron lugar al conflicto se encontraban contempladas tanto en las condiciones generales como en las particulares. Las mismas fijaban el capital individual asegurado en un múltiplo de 30 sueldos, estipulando límites máximos y mínimos, previendo además una doble reducción de la cobertura de acuerdo a la edad del asegurado al momento del siniestro.

La Sala Primera de la Excm. Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Mendoza admitió el recurso extraordinario deducido por la actora, reconociendo entonces que el capital asegurado era el equivalente al múltiplo de sueldos sin respetar el límite máximo de cobertura que topeaba al beneficio, ni tampoco la consecuente reducción de cobertura por edad del asegurado.

La discusión sometida al arbitrio judicial no se limitó al análisis de las cláusulas, sino que además se extendió al

papel que en el conflicto jugó el certificado individual (que fijó la cuantía de la cobertura por muerte) emitido por la aseguradora.

Breves consideraciones sobre el contrato de seguro bajo estudio

El objeto del decisorio recae sobre la interpretación de un contrato de seguro de vida del tipo colectivo. De acuerdo a BULLÓ⁽¹⁾, en éstos, los integrantes del grupo que se asegura se encuentran relacionados por la existencia de un contrato (de trabajo o de préstamos) o institución (como ser un club o sindicato) que los vincula previamente.

Resultado de importancia advertir que la conformación del grupo debe resultar en forma natural a fin de evitar que su constitución sea consecuencia de una intencionada previa selección de riesgos agravados.

Culmina el contrato de perderse el vínculo común que los hacía formar parte del grupo, pudiendo suceder lo mismo en caso de llegar a una cierta edad previamente preestablecida.

La prima se establece de acuerdo a la edad media de quienes forman el grupo y se estima a partir de ciertos parámetros comunes que comparten los mismos (como ser el salario o el préstamo).

La lista de actores de esta relación no se reduce al asegurado, asegurador, y en su caso un beneficiario (distinto de aquel primero), sino que además resulta relevante la figura del tomador-contratante. Es éste quien cumple con ciertas funciones que en la práctica serían inviables para cada asegurado: negocia los términos y condiciones del contrato, congrega a los asegurados, y gestiona la vida del contrato intermediando entre las partes.

El contrato se instrumenta en un ejemplar que queda en poder del tomador-contratante, siendo que a cada uno de los integrantes del grupo se le entrega un certificado individual, el cual contendrá un resumen de las condiciones de cobertura.

(1) Ver BULLÓ, EMILIO H., *El derecho de seguros y otros negocios vinculados*, Buenos Aires, Ábaco de Rodolfo Depalma, 2001, t. 2, págs. 63 a 65.

Conforme FACAL⁽²⁾, en cuanto a la estipulación del capital asegurado, pueden presentarse diversas variantes: el conformado por la clásica suma asegurada única y fija, o bien el que varía de acuerdo a una escala según la edad o bien el puesto laboral, así como también el que se conforma de acuerdo a un múltiplo de sueldos.

Es aquel último supuesto el que nos interesa desmembrar en análisis, en tanto es el que aplica al caso bajo estudio: el capital asegurado resultó ser un múltiplo de 30 sueldos, fijándose un límite máximo y mínimo de cobertura.

Es de buena práctica que la póliza defina qué sueldo será el afectado a fin de ponderar el capital asegurado (el último, o bien el mejor de la última anualidad), y que aclare si dentro del mismo deben considerarse rubros salariales extra (como viáticos, bonos u horas extras) a los efectos del cálculo.

El límite máximo representa el tope de cobertura asumido por el asegurador por cada vida asegurada, siendo el que debe considerarse al momento de la liquidación, independientemente del resultado que arroje el cálculo de multiplicar. Por el contrario, la limitación mínima representa el piso que al menos debe percibirse como beneficio en caso de siniestro, sin considerar, tampoco, si la operación matemática reseñada rindió un resultado menor al prefijado.

La interpretación de las cláusulas y el certificado de cobertura

Si bien por la modalidad contractual las partes pueden pactar que el capital asegurado esté representado por un múltiplo de sueldos (en el caso eran 30), ello no obsta a fijar máximos y mínimos como límites de cobertura.

Así, entonces, la contraprestación a cargo de la aseguradora será la consecuencia del cálculo matemático, pero debiendo respetarse el tope máximo, así como el piso mínimo pactado.

De allí que cuando la multiplicación exceda el máximo, el beneficio estará topeado por éste, siendo ése el capital asegurado. Por el contrario, en caso de no excederlo, y estar por debajo del mínimo, el capital no podrá ser inferior a éste. En cualquier otro supuesto diverso a aquéllos el resultado será el que deberá cancelarse.

Sólo esas son las hipótesis que, luego del cálculo, conformarán el capital asegurado, por lo que entonces no existe motivo alguno para considerar que las reducciones deben efectuarse sobre un monto diverso a aquél u obviar

(2) Ver FACAL, CARLOS J. M., *El seguro de vida en la Argentina*, Buenos Aires, LexisNexis, 2007, págs. 155 a 159.

tres aspectos: capital asegurado, alcance de la cobertura y entrega a Marzari del certificado N°: 419.

Respecto del capital asegurado afirmó, que las condiciones especiales de la póliza punto 1.4, indicaban Capitales asegurados individuales: Múltiplo de 30 sueldos con un máximo de \$ 144.000 y un mínimo de \$ 7.682. De los términos de la póliza se advierte, que ésta en modo alguno hace referencia a la suma máxima a abonar por parte de la aseguradora, sino que el monto indicado representa el máximo capital asegurado. La multiplicación por 30 del salario del Dr. Marzari, excedía el límite de la cobertura, por tal motivo ese límite debía tomarse como capital asegurado general, en base al cual debían aplicarse las reducciones establecidas en la cláusula 4 de las condiciones especiales. La póliza emitida por Sancor Seguros es clara y se adecuó a las condiciones pactadas en el pliego licitatorio, por lo que debía concluirse que el límite máximo de cobertura ascendía a \$ 144.000.

En cuanto al alcance de la cobertura entendió, que la póliza preveía una cobertura decreciente en función de la edad del asegurado, partiendo desde los 65 años con una cobertura completa, hasta los 75 años que se excluyen de la cobertura. Entre los 66 y 70 años se extingue la cobertura por incapacidad, quedando limitada solamente a muerte y muerte accidental con el 50% del capital, sin variación de tarifa, lo que reduce la suma asegurada hasta un máximo de \$ 72.000. La cláusula siguiente se refiere a los asegurados entre los 71 y 75 años, con una nueva reducción del 50%.

Entendió que una interpretación contextual de la cláusula permitía inferir que se trataba de una póliza con reducciones sucesivas, no sólo del riesgo cubierto, sino también del capital asegurado y por lo tanto, frente a este tipo de reducciones, el capital a reducir es aquel del que se parte, según la situación inmediata anterior. Sostuvo que tal

interpretación, guardaba coherencia con el último de los supuestos representado por los mayores de 75 años, los que quedaban excluidos de la cobertura, que la cláusula era clara y que además guardaba coherencia con el resto de la póliza, con las condiciones del pliego licitatorio y con el certificado individual N°: 419.

Con respecto a la entrega al asegurado del certificado individual N°: 419, sostuvo que al momento de plantearse la demanda, es la propia actora la que acompañó dicho certificado y, si bien adujo que le fue entregado por la aseguradora con posterioridad a la muerte del Dr. Marzari, no existían constancias de ello. También en el acta de constatación y previo a la recepción del pago ofrecido a la beneficiaria del seguro, se hizo referencia a dicho certificado.

En consecuencia, si de las constancias de la causa surgía que la aseguradora pagó \$ 36.000, su obligación quedó extinguida por el pago; por tanto, la demanda debía rechazarse.

Contra esta sentencia, la recurrente interpone el presente recurso extraordinario de Inconstitucionalidad.

Como fundamento se entiende que la sentencia resulta arbitraria, en tanto razona groseramente en forma ilógica y contradictoria, apartándose de las circunstancias del proceso.

Agrega que es ilógico el razonamiento que efectúa, cuando sostiene que el tope de cobertura era la suma que debía tomarse como capital asegurado general y en base a él, realizarse las deducciones. Que la interpretación correcta es la referida a que treinta sueldos alcanzaban a la suma de \$ 309.960 y el límite máximo a abonar era de \$ 144.000, que debía disminuirse en un 50% dado la edad del fallecido, lo cual daba una cifra de \$ 154.980 y como dicha suma superaba el límite máximo, debía pagarse \$ 144.000. Que el Tribunal confunde capital asegurado con tope indemnizatorio.

los límites preestablecidos, en tanto la cláusula a la que el fallo se refiere indica que el reajuste debe efectuarse sobre el "capital".

El fallo del máximo tribunal fuerza una interpretación contraria a partir de considerar que no existe ninguna disposición contractual que autorice a efectuar el cálculo del capital partiendo del tope máximo. Por el contrario, estiman que el capital asegurado es sólo resultado de la multiplicación de los sueldos.

Ante aquellas opiniones que critiquen cualquier solución alejada de una justificación racional, señaló que para este tipo de modalidad de contratación resultan necesarios y razonables los límites de cobertura en cuestión. Veamos.

En los seguros de vida del tipo colectivo, donde el capital asegurado se pacta por múltiplo de sueldos, la existencia de los límites de cobertura deviene imprescindible ya que permiten evitar la dispersión de los capitales asegurados del grupo.

Al respecto, las diferencias existentes entre los mínimos y máximos afecta al capital promedio, lo que termina repercutiendo sobre la ecuación técnica entre lo que se recauda por prima y el riesgo.

Asimismo, la conformación del capital asegurado es constantemente dinámica ya que depende de los sueldos, los cuales, lejos de permanecer invariables, debido a estas épocas de inflación, van fluctuando.

A los efectos del cálculo de la tasa de prima, no sólo se considera la edad y el sexo de los integrantes del grupo, sino además el capital asegurado.

Así, entonces, la existencia de los límites permite estimar adecuadamente la tasa de prima, en tanto de esta manera, aun cuando los sueldos vayan variando, ello no provocará la consecuente fluctuación del capital asegurado, el cual se encontrará comprendido dentro de los límites.

De no existir tales límites, cada vez que fluctúe el capital asegurado debería modificarse la tasa de prima, lo que motivaría un imposible desde el punto de vista administrativo: requerir del grupo de asegurados su previa conformidad en tanto no podría imponerseles un cambio de las condiciones que originariamente pactaron y aceptaron.

Pero además, lo cierto es que, en la práctica, los límites de cobertura permiten mantener la razonabilidad de los requisitos de asegurabilidad.

En efecto, puede que con motivo de un cambio de funciones, un asegurado incremente sensiblemente su sueldo, lo que importe disparar su capital asegurado.

Conforme la técnica de suscripción de cada asegurado, los requisitos de asegurabilidad serán distintos según el

monto del capital asegurado. Así, entonces, de no existir tales límites, puede que la aseguradora deba terminar asumiendo una cobertura de importante cuantía, impensada en el origen del contrato, pero derivada luego de un significativo incremento de sueldo, sin haber cumplido los requisitos que para tal cuantía sus procedimientos de contratación exigen.

Son aquellos motivos expuestos los que tornan necesaria la existencia de los límites, los que me conducen a concluir que, en el caso bajo estudio, el capital asegurado es el "topeado" por el límite máximo de cobertura, y lo que hace criticable el desentendimiento que la Suprema Corte de Mendoza tuvo para con ellos.

Otro aspecto sometido a discusión recayó sobre la doble y sucesiva reducción que por la edad del asegurado correspondía aplicar al capital asegurado.

La solución deriva simplemente del texto de la cláusula, y de su interpretación literal. Nótese que al referirse a la segunda reducción (que por edad del asegurado aplicaba al caso) se utiliza la palabra "nuevamente", la cual denota que la cobertura, ya reducida, debe reducirse una vez más. Es que de lo contrario no sería necesaria aquella aclaración, en tanto no habría nada que se hubiera reducido con anterioridad.

Y no comparto que el término "nuevamente" aplique únicamente para referirse a la cobertura de muerte⁽³⁾, ya que en ese caso o bien no hubiera sido necesario incluir la reducción relativa al capital, o bien se pudo haber explicitado que se mantenía inalterable el capital ya reducido, todo lo cual no sucedió.

Por otro lado, haciéndome eco de los fundamentos del voto en disidencia del Sr. juez Pérez Hualde, agrego otro motivo que da contundencia a la opinión vertida: al momento del concurso en que se decidió la contratación de la aseguradora demandada se dejó expresado en la planilla de cálculo de comparación de la oferta que la *reducción a los 70 años es nuevamente del 50%*.

Asimismo, es de destacar que la sucesiva doble reducción resulta coherente con el espíritu de la cláusula, la cual va haciendo decrecer, por la exposición al riesgo, el capital asegurado según la edad, y lo que termina haciendo decrecer, consecuentemente, la tasa de prima.

(3) Recuerdo que la cláusula dispone que hasta los 65 años la cobertura es completa, entre los 66 y 70 años, se reduce la cobertura a muerte y muerte accidental con el 50% del capital, sin variación de tarifa, y entre los 71 y los 75 años se reduce nuevamente la cobertura a muerte exclusivamente y el capital correspondiente al 50%, sin variación de tarifa.

Sostiene que la sentencia destaca que los términos del certificado sometido a interpretación, coinciden con las planillas del pliego licitatorio cuando ello no es verdad, además de haber sido cuestionada la aptitud probatoria de aquéllas.

Imputa arbitrariedad a la sentencia en cuanto afirma que las reducciones sucesivas previstas para las condiciones particulares no sólo alcanzan a los riesgos, sino también al capital. No cabe duda que la reducción asumida es progresiva para los riesgos protegidos, pero nada indica que el monto del beneficio tuviera una segunda disminución. El hecho que disminuya la cobertura de los riesgos de ninguna manera implica que disminuya también el monto de la suma a pagar por la aseguradora en caso de acontecer el siniestro. No es lógico interpretar que se quiso una segunda reducción del capital cuando se dice que el mismo se mantiene al 50%. Lo lógico hubiera sido seguir el mismo criterio que en otras cláusulas y señalar con precisión que el capital quedaba reducido al 25%; si así no se hizo, es porque no era ésta la prestación asumida, sino la del 50% es decir, 15 sueldos. Además no hay que olvidar que las cláusulas generales de la póliza establecen una sola reducción (cláusula 7, último párrafo), a la que hay que recurrir si se quiere aclarar el texto de las condiciones especiales. Para determinar la obligación de la aseguradora, no corresponde partir con el cálculo de los \$ 144.000, porque claramente en la póliza se indica que ése es el máximo, pero de ninguna manera constituye "per se" el capital asegurado que siempre es un múltiplo del sueldo por definición de la póliza. Cuando el contrato ha querido establecer un tope obligacional especial para un determinado riesgo, se lo incluye específicamente, tal es el caso de la cláusula 3.1 de las condiciones especiales. No se puede variar la inteligencia general de un contrato para interpretar una cláusula particular.

Pero además hago notar que la cuestión también pueda encontrarse relacionada con el interés asegurable.

Sin entrar en la discusión relativa a la existencia o no del interés asegurable en los seguros de vida, sostengo que la cobertura responde a una necesidad indeterminada del asegurado que se traduce en la cancelación del capital acordado de acuerdo a la consideración subjetiva de aquél, quien intenta prevenir el eventual estado de necesidad económica que puedan sufrir los beneficiarios que ha designado.

Siguiendo esa lógica, la cobertura decreciente guarda razonabilidad en tanto que al encontrarse ya dentro de una edad avanzada (entre los 70 y 75 años) las consecuencias patrimoniales de la desaparición física del asegurado que pudieran sufrir los beneficiarios no serían tan considerables como si el siniestro hubiera acaecido en un momento anterior de su vida.

Como si aquello no bastara, la interpretación que aquí se sostiene coincide con la cuantía del capital asegurado expuesto en el certificado de cobertura, tornándose entonces evidente cuál ha sido la voluntad de las partes al respecto.

En efecto, una doble reducción (al 50%, cada una de ellas) del límite máximo de cobertura conlleva a coincidir con el monto expresado en el certificado.

Sumamos entonces un nuevo argumento que habilita a cuestionar el decisorio de la Corte, en tanto ésta, haciendo una exigida interpretación, no admite una doble reducción del capital asegurado pese a lo que contractualmente se estipuló.

El objeto de discusión se extendió a la entrega del certificado de cobertura, controversia clave en la dilucidación del conflicto, en tanto, tal como ya se expuso, el monto del capital asegurado expresado en el mismo coincidió con la hipótesis de cobertura que desde el comienzo sostuvo la aseguradora demandada.

En primer lugar efectuaré unas breves consideraciones técnicas acerca del certificado de cobertura.

Al respecto cabe señalar que su existencia hace al derecho a la información con que cuentan los distintos asegurados agrupados. De allí que a partir de los certificados de cobertura se les permite conocer los elementos esenciales de la cobertura sin perder la posibilidad de requerir la póliza, la cual quedará en poder del tomador.

Además el certificado de cobertura es un documento que permite acreditar la legitimación activa –del asegurado o beneficiario– ante cualquier reclamo que pretenda formularse ante el asegurador.

En tal sentido, resulta útil mencionar que se encuentran regulados en la resolución 33.463/08.

Con respecto a la entrega del certificado, afirma que quien invocó su entrega y conocimiento fue la aseguradora y la contraria negó tal circunstancia. Por tanto y conforme lo dispone el art. 179 del C.P.C., era la demandada quien tenía que probar tal circunstancia. Tampoco negó la aseguradora el hecho invocado por la accionante, al momento de la demanda, referido que el certificado fue entregado al hijo del asegurado el 18/03/05.

Solución al caso:

Como es sabido, la doctrina de la arbitrariedad, receptada desde antiguo por este Cuerpo, respeta ciertos lineamientos fundados en principios liminares para la validez de los fallos, cuya transgresión puede provocar, en determinadas condiciones, la nulidad de los mismos, pero que, por la misma razón, esto es la gravedad que implica la anulación de un acto jurisdiccional regularmente expedido, la verificación del vicio ha de juzgarse severamente a los efectos de no invadir jurisdicción extraña al remedio extraordinario. En este sentido adocina el Tribunal siguiendo el pensamiento de la C.S.J.N. (L.L.145-398 y nota), que la tacha de arbitrariedad en el orden local no importa admitir una tercera instancia ordinaria contra pronunciamientos considerados erróneos por el recurrente. El principio reviste carácter excepcional y su procedencia requiere una decisiva carencia de razonabilidad en la fundamentación; si la sentencia es suficientemente fundada cualquiera sea su acierto o error, es insusceptible de la tacha de arbitrariedad. La arbitrariedad, entonces, como vicio propio del recurso de inconstitucionalidad supone la

existencia de contradicción entre los fundamentos del fallo y constancias indubitadas de la causa o decisiva carencia de fundamentación (L.A. 101-447; 108-23). En sentido similar se ha dicho que la tacha de arbitrariedad en el orden local reviste carácter excepcional, limitada a los casos de indudable ruptura del orden constitucional en la motivación de los fallos, situaciones de flagrante apartamiento de los hechos probados en la causa, carencia absoluta de fundamentación o argumentos ilógicos, absurdos o autocontradictorios. Resulta improcedente, por tanto, cuando bajo la invocación de tales vicios, se encubre la pretensión de lograr una revisión de la valoración original efectuada por los tribunales de mérito sobre el contexto probatorio de la causa, por cuanto la admisión de la vía en tal caso, conduciría a instaurar una tercera instancia ordinaria extraña a nuestro sistema procesal (Art. 150 y nota, C.P.C.; L.A. 91-143; 94-343; 84-257; 89-357; L.S. 157 398).

Bajo estas premisas y con los alcances señalados, corresponde establecer si en nuestro caso, existe arbitrariedad en el pronunciamiento recurrido que concluyera en el rechazo de la demanda por el pago de la obligación a cargo de la aseguradora. Sostiene que el monto de \$ 36.000 ya cancelado, era el capital asegurado, conforme surge de la póliza de seguros y del certificado individual de cobertura N°: 419.

Que el seguro individual cuyas cláusulas se discuten en autos, reconoce su origen en el contrato de seguro de vida colectivo celebrado entre el Poder Judicial de Mendoza como tomador y Sancor Seguros como asegurador. La Ley 17.418 en el capítulo "seguros de personas", contiene dis-

posiciones específicas referidas a los seguros colectivos. El contrato de seguro colectivo, se caracteriza porque el empleador en su calidad de "contratante" conviene con el asegurador, contra el pago de una prima, la cobertura de riesgos por fallecimiento, incapacidades laborales y accidentes de los dependientes de un mismo empleador. Por lo general, el grupo de asegurados está constituido por un número considerable de personas, de allí que las vicisitudes que afecten al contrato, pueden proyectarse más allá de quienes inicialmente lo celebraron. Cada uno de los dependientes del empleador integra el conjunto de asegurados, quienes se incorporan a un seguro ya dado por un plexo de normas contractuales y legales sin otra posibilidad que tomarlo o dejarlo. La incorporación de cada asegurado da origen al certificado individual que extiende el asegurador.

Respecto de las reglas de interpretación aplicables en la materia, la doctrina y jurisprudencia son constantes en señalar que en el contrato de seguro, al igual que en cualquier otro contrato, la interpretación debe partir del texto de la póliza. Mediante su lectura se intentará averiguar el sentido en que la declaración de voluntad ha sido efectuada hasta reconstruir su significado. Cuando esto es posible, porque sus términos son claros y reflejan claramente la voluntad de las partes no se necesitará buscar la interpretación fuera de ellos (S.C. Buenos Aires, 24 de mayo de 1994, ED 160-407; C.N. Civ., Sala K, 27/9/89 LL 1990-A-651).

Cuando la simple lectura, no permite comprender claramente el significado del acuerdo, será necesario utilizar reglas razonables para otorgar precisión a las estipulaciones.

La misma dispone la necesidad de emisión de un certificado de incorporación por cada persona asegurada. Lista una serie de datos mínimos que deben constar en los certificados, como el número de póliza y del certificado, la fecha de inicio y fin de la cobertura, los riesgos cubiertos, la suma asegurada por cobertura, carencias para cada cobertura, los beneficiarios designados, el premio, etcétera.

Cada certificado deberá numerarse en forma cronológica como un endoso de la póliza respectiva, debiendo asentarse en los libros de "Emisión y Anulación".

Ahora bien, entendiendo la complejidad práctica del negocio, se dispuso que en los seguros colectivos de vida contratados por bancos u otras entidades financieras, cubriendo saldos deudores, las entidades aseguradoras podrán optar entre extender un certificado individual a cada asegurado, o convenir con el contratante que se comunique al asegurado la existencia del seguro, consignando en el resumen de cuenta cierta información básica y elemental relativa a la cobertura.

No obstante tal facultad, expresamente se ha dispuesto que de suplirse la emisión del certificado de cobertura, la aseguradora será responsable por la información que brinde el tomador, no pudiendo delegarse la responsabilidad a aquél.

De igual forma, para los seguros colectivos de vida cubriendo obligaciones legales (contratos de trabajo, seguros obligatorios exigidos por convenciones colectivas de trabajo y similares), las aseguradoras también pueden optar por reemplazar el certificado individual por la información que al efecto el contratante puede brindar en el recibo de sueldo.

Expuesto ello, procedo a remitirme al fallo advirtiendo que en cada instancia su aplicación al caso fue considerada en forma distinta. En efecto, mientras que la Cámara lo encontró sustancial para la solución, la Corte, por el contrario, no lo ponderó.

El máximo Tribunal cuestionó su aplicación al caso criticándole al asegurador el no haber probado la entrega al asegurado antes de su fallecimiento.

El fundamento de la Corte no es menor en tanto que, entonces, de haber tenido por acreditada su entrega, y al no haberse demostrado posterior impugnación (en los términos del art. 12, Ley de Seguros^[4]) la cuestión bajo controversia se debió haber resuelto sin efectuar mayor interpretación, por haber quedado consentido el monto del capital asegurado.

Al respecto, advierto que la resolución 33.463/08 brinda al asegurador las distintas alternativas para acreditar la

(4) Art. 12: "Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Esta aceptación se presume sólo cuando el asegurador advierte al tomador sobre este derecho por cláusula inserta en forma destacada en el anverso de la póliza.

La impugnación no afecta la eficacia del contrato en lo restante, sin perjuicio del derecho del tomador de rescindir el contrato a ese momento".

entrega de las pólizas (como constancia de recepción firmada por el asegurado o tercero autorizado, constancia de entrega de documentación, constancia de entrega por medios electrónicos) pero no dispone expresamente que la obligación de contar con las constancias de recepción también se extienda a los certificados de cobertura.

Nótese además que el segundo párrafo del art. 11 de la Ley de Seguros ordena la entrega de la póliza al tomador sin efectuar mención alguna respecto de los certificados de cobertura.

Así entonces, si ni la norma general ni la resolución particular trasladan la acreditación de la entrega del certificado a la aseguradora (lo que sí ocurre en cambio respecto de la póliza) se concluye que no existe motivo para que, como lo hizo la Corte, se desatiendan las condiciones fijadas en el mismo partiendo de la premisa de que no se había logrado tal demostración.

Pero más allá de tal razonamiento, en tanto en los seguros colectivos no es el asegurado quien interviene en la negociación de los términos y condiciones del contrato sino el tomador, fue éste quien, en su caso, se encuentra legitimado para cuestionar las cláusulas o bien el contenido del certificado.

Pero aun cuando se considere que el asegurado bien pudo haber impugnado el certificado, siendo que la actora, beneficiaria del seguro, ya se encontraba en poder del mismo al momento de interponer la demanda (e incluso al percibir el pago "parcial"), conforme la teoría de las cargas dinámicas de las pruebas, y el principio de inversión de la carga probatoria⁽⁵⁾, era ella quien se encontraba en mejores condiciones de demostrar que el certificado de cobertura no había llegado a conocimiento del asegurado.

Todos los caminos (técnicos y fácticos) llevan a un resultado distinto al arribado por el superior tribunal, por lo que la crítica engloba todos los aspectos que se encontraron bajo estudio.

Consideraciones finales

Como corolario enlazo el desarrollo efectuado haciendo hincapié en el principio liminar que fuera mencionado en la nota inicial contenida en la primera edición de este suplemento: "*El seguro sin límites resulta inviable*".

Nótese que por los distintos motivos expuestos el fallo de la Corte de Mendoza resulta una amenaza a la técnica asegurativa.

En efecto, la existencia de los límites es razonable en tanto el interés asegurado no es factible de hallarse amparado sin aquéllos, los cuales representan la medida en que la cobertura fue asumida por el asegurador.

(5) De acuerdo a estas teorías la prueba debe ser producida por quien se encuentra en mejores condiciones para cumplir ese objetivo, prescindiendo de su condición de actora o demandada y según las circunstancias del caso.

Soluciones como las aquí estudiadas (que habilitan el pago de sumas superiores a las pactadas en el contrato) comprometen el fondo técnico afectado al pago de los siniestros de los demás integrantes del grupo, o bien de la propia mutualidad de asegurados.

En igual sentido, la extensión de la cobertura debe apreciarse restrictiva y literalmente, no siendo posible admitir interpretaciones analógicas en tanto que de lo contrario se afectaría el equilibrio prima-riesgo.

Las cláusulas aquí controvertidas no generan confusión. Por el contrario, quienes cuestionaron las mismas forzaron una interpretación inadecuada.

Pero además, no debe obviarse que la cláusulas que se cuestionan se encuentran incluidas dentro de las "condiciones particulares", las cuales, a diferencia de las "condiciones generales", fueron creadas por la aseguradora y el tomador para el negocio específico celebrado, no encontrándose preestablecidas de antemano.

De allí la necesidad de exponer la presente crítica a fin de evitar que fallos como el presente no atenten contra los "actores" del negocio del seguro, aclarando que cuando me refiero a los "actores" la cartelera no se limita a las aseguradoras sino además a los propios asegurados.

El comentario final no se agota allí. Al recurrir a la fuente normativa, es decir, a nuestro Código de Comercio, que guía la interpretación del contrato de seguros (contrato comercial conforme el art. 8°, inc. 6°), encuentro en el inc. 2° del art. 218⁽⁶⁾ una pauta aplicable al presente.

En efecto, la arbitraria decisión de no ponderar al certificado de cobertura habilitó el camino para conseguir las exigidas interpretaciones que aquí se cuestionan.

La norma (resolución 33.463/08) sólo exige la emisión, y regula el contenido del certificado de incorporación a los seguros colectivos, sin requerir que el asegurador cuente con los comprobantes que demuestren la entrega de los mismos, cumpliendo su obligación al entregar la póliza y los respectivos certificados al tomador.

Finalmente no voy a perder la oportunidad de criticar al propio tomador, en tanto que no sólo participó en la negociación de los términos del contrato sino que además también pudo ejercer la facultad de revisar los mínimos y máximos o bien de sugerir de contratar un seguro aparte a aquellos asegurados en los que, por la edad, o por el sueldo, los límites de cobertura les resultaban desfavorables en relación con el capital asegurado pretendido.

VOCES: **SEGURO - CONTRATOS**

(6) El mismo dispone: "...Siendo necesario interpretar la cláusula de un contrato, servirán para la interpretación las bases siguientes: (...) 2° Las cláusulas equívocas o ambiguas deben interpretarse por medio de los términos claros y precisos empleados en otra parte del mismo escrito, cuidando de darles, no tanto el significado que en general les pudiera convenir, cuanto el que corresponda por el contexto general..."

En principio, es preferible dar a cada palabra o frase un sentido finalidad dentro del texto, presumiendo que cada una de ellas tiene un significado o propósito y no que no tiene ninguno. Ante términos sucesivos u opcionales debe buscarse un sentido al contrato que armonice con todos ellos y no uno que dé lugar a disposiciones contradictorias (Cfme. Diego Emilio Ranguni, "Interpretación de las Cláusulas de la Póliza de Seguros", La Ley 2000-D.E, pág. 23 y sgtes.). Cuando las cláusulas del contrato de seguro resulten oscuras, contradictorias incompletas, ambiguas o defectuosas debe estarse a favor del asegurado (Cám. Nac. Comercial, sala A, 1999/05/19 "Touring Coop. de seguros Ltda./ Villar Segovia Luis" LL 2000-D-págs. 23).

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 predispuestas, por lo que en caso de expresiones equívocas, oscuras y ambiguas de estos contratos, deben interpretarse en contra de quien las redactó. Ello así en razón que la parte que redacta las condiciones generales del contrato tiene a su disposición los medios para fijar en forma clara, precisa e indubitable la extensión de sus obligaciones, pues ha preparado todo para celebrar un contrato en masa y, se supone, ha previsto cada uno de los detalles del acuerdo. Por el contrario la otra parte, sólo ha podido adherir a lo que ya estaba establecido, sin posibilidad de deliberar sobre ello; consecuentemente lo más justo y razonable, es ante falencias del texto, inclinarse a favor de la parte más débil del vínculo (Cám. Nac. Civil, Sala C 14/3/88, La Ley 1990-A-79, con nota de Carlos Ghersi). Esta pauta ha sido incorporada también por la ley de defensa al consumidor (Ley 24.240) en su art. 37 al disponer que "la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor".

Como otro elemento de interpretación en esta clase de contratos se señala que deben prevalecer las condiciones particulares por sobre las generales, aun cuando estas últimas no hubiesen sido derogadas expresamente por las primeras. La razón de la regla obedece a que mientras las condiciones generales son establecidas por el predisponente para un gran número de contratos que son impresos por lo general en formularios y aun sin conocer quién será la otra parte del vínculo; las especiales son distintas en cada caso y no pueden fijarse de antemano, sino que deben llenarse en presencia de ambas partes, por lo que resulta lógico que se dé preferencia a estas últimas (Diego Ranguni, ob. cit.).

Cabe preguntarse cómo juegan estas pautas en el caso que nos ocupa. Al respecto, resulta evidente que no existen coincidencias entre las condiciones generales, las particulares y el certificado individual, en los aspectos del capital asegurado y del alcance de la cobertura.

En efecto, el art. 7 de las condiciones generales de la póliza establece que: "los capitales individuales se determinarán de acuerdo con la escala de la tabla que figura en las Condiciones Particulares de esta póliza..." y que, "todo capital individual asegurado se reducirá al 50% (cincuenta por ciento) a partir del mes siguiente a aquel que el respectivo Asegurado cumpla los 70 años". De las cláusulas especiales establecidas en la Póliza se extrae también que, "el capital asegurado individual, es el equivalente a 30 sueldos con un máximo de \$ 144.400 y un mínimo de \$ 7.682 (1.4). La cláusula 6 conceptualiza lo que debe entenderse por sueldo: la suma de los ítems, 001, 048, 092 y 080. Por su parte la cláusula 4 referida al alcance de la cobertura, determina que hasta los 65 años, la cobertura es completa; entre los 66 y 70 años, se reduce la cobertura a muerte y muerte accidental con el 50% del capital, sin variación de tarifa y, entre los 71 y los 75 años se reduce nuevamente la cobertura a muerte exclusivamente y el capital correspondiente al 50%, sin variación de tarifa. El certificado individual reproduce en general las condiciones especiales y fija como cobertura por muerte en la suma de \$ 36.000.

En autos, no existe discusión entre las partes acerca de que el sueldo a computarse era de \$ 10.333,5, esta suma multiplicada por 30 conforme lo establecido en la cláusula 1.4 de la póliza, arroja un resultado de \$ 309.991,5. A partir de allí, surge como primer elemento de discusión, si ése era el capital del que debía partirse para efectuar las reducciones de cobertura establecidas en la cláusula 4 de las condiciones generales, posición asumida por la recurrente o, en cambio, si las reducciones debían efectuarse sobre el tope máximo de \$ 144.000 fijado en la cláusula 1.4., como en definitiva se realizó.

Conforme con las pautas de interpretación antes reseñadas, entiendo que asiste razón a la recurrente en cuanto

sostiene que el capital asegurado es el equivalente a 30 sueldos, desde que ello es lo que surge del texto expreso de la cláusula contractual. En el caso de autos como la suma que se obtiene, supera el tope máximo establecido por la norma, corresponde ría para el caso de cobertura completa, el pago de dicho tope que es de \$ 144.000. Ahora bien, en el *sub lite*, no se trata de cobertura completa, sino que la misma se encuentra reducida en función a la edad del asegurado y, el monto del que debe partirse para efectuarse las deducciones, es el del capital asegurado individual y no el tope máximo como incorrectamente lo entendió la sentencia recurrida.

Ello es lo que surge del tenor literal de la norma. La postura asumida por la aseguradora no condice con el contenido expreso de la póliza que expresamente hace referencia a 30 sueldos, no existe ninguna disposición contractual que autorice a efectuar el cálculo del capital partiendo del tope máximo. Es en tal aspecto que resulta arbitraria la sentencia en cuanto se aparta de las cláusulas expresas pactadas por las partes, las que además resultan coincidentes con las establecidas en el pliego licitatorio obrante a fs. 75/87 de autos, el que ha sido correctamente incorporado como prueba en autos. Por tal razón, los argumentos deducidos por la recurrente en torno a la aptitud probatoria de tal documentación, devienen improcedentes en esta instancia. Además al señalarse en dicho pliego expresamente las condiciones exigidas para la contratación del seguro colectivo, el mismo constituye un valioso instrumento de prueba toda vez que permite inferir cuál ha sido la verdadera intención de las partes en iter contractual. En tal aspecto, se señala expresamente como capital asegurado el de 30 sueldos.

Estas razones me convencen de que la suma a considerar para efectuar el cálculo del capital asegurado no puede ser otra que el equivalente a 30 sueldos. En virtud de ello, la cobertura por muerte de \$ 36.000 establecida en el certificado individual, no puede ser válidamente considerada, en razón que tal suma se obtiene a partir del tope máximo establecido y no del capital asegurado. Tampoco puede pretenderse que dicho monto haya sido aceptado por parte del asegurado, desde que no se acreditó la entrega del certificado individual por parte de la aseguradora, sobre quien pesaba no sólo la obligación de entrega, sino de acreditar la notificación en debida forma de toda modificación que se efectuara en las condiciones establecidas en la póliza. Tales circunstancias prueban en su contra, conforme las reglas interpretativas antes reseñadas.

Establecido que el capital asegurado era el equivalente a 30 sueldos, con el tope de \$ 144.000; corresponde determinar el alcance de la cobertura. En este aspecto, entiendo que la interpretación efectuada por la Alzada y en virtud de la cual, considera que la cobertura debe ser objeto de sucesivas reducciones, no sólo en cuanto a la edad sino también en cuanto al riesgo cubierto, todo lo cual le permite concluir en definitiva que, en el caso del asegurado, el capital debe reducirse dos veces y ello no es lo que surge claramente del texto de la normativa en cuestión.

Del texto de la cláusula 4 surge que "Hasta 65 años cobertura completa; Entre 66 y 70 años; se reduce la cobertura a Muerte y muerte accidental con el 50% del capital, sin variación de tarifa; Entre 71 y 75 años se reduce nuevamente la cobertura a Muerte exclusivamente y el capital correspondiente al 50%, sin variación de tarifa."

En tal aspecto, la normativa no resulta clara desde que no permite efectuar una única interpretación en el supuesto de los asegurados entre 71 y 75 años, desde que el vocablo "nuevamente" bien puede referirse a una nueva reducción en cuanto al riesgo cubierto, el que expresamente en este período, se limita al supuesto de muerte. No existe, en la letra de la póliza ninguna cláusula que permita interpretar el contenido de la presente en el sentido resuelto por la sentencia de Cámara. En efecto, se advierte que la solución a la que se arriba implica en definitiva y, más allá del error en el monto que se toma como base, reducir en definitiva el capital asegurado al 25%.

Tal solución no encuentra sustento ni en las condiciones generales de la póliza que se refieren a la reducción al 50% del capital, a partir del mes siguiente al que el asegurado cumpla los 70 años; ni en las especiales que vuelven a señalar tal porcentaje. Por tanto si lo que la aseguradora pretendía que en el caso de cobertura por muerte, el capital quedara doblemente reducido, debió establecerlo con términos claros y precisos. Si así no lo hizo debe cargar con las consecuencias de tal imprecisión, tal como lo entendió el juez a quo.

Estas razones me convencen que la pretensión esgrimida por la aseguradora y aceptada en definitiva por la sentencia en recurso, no encuentra sustento en las cláusulas contractuales. En tal temperamento entiendo que en el ocurrente, corresponde hacer lugar al recurso intentado y anular la sentencia en recurso.

Así voto.

Sobre la misma cuestión el Dr. *Llorente*, adhiere al voto que antecede.

A la misma primera cuestión el Dr. *Alejandro Pérez Hualde* (en disidencia), dijo:

No comparto el voto de mi colega preopinante: Un fallo de la Cámara Federal de Mar del Plata, sostiene que "Si las cláusulas del contrato de seguro colectivo de vida están redactadas de forma precisa y explícita tiene que interpretarse de manera literal, tanto respecto del riesgo asegurado cuanto a la base del cálculo indemnizatorio, resultando improcedente aplicar remedios coyunturales para alterar sus pautas" (LL, 1998-E-40809 S).

La cláusula que determina cuál es el capital asegurado tiene una claridad que no ofrece dudas: "múltiplo de 30 sueldos, con un máximo de \$ 144.000, y un mínimo de \$ 7.682" (ver fs. 68 del Expte. principal). En otras palabras, el capital asegurado no puede exceder de los \$ 144.000 a todo efecto; es decir, los 30 sueldos constituyen el "capital" únicamente en el caso de que no excedan los \$ 144.000.

Consecuentemente, cuando el punto 4 de la póliza se refiere a las reducciones del 50% del "capital" en dos oportunidades sucesivas, al cumplir los 66 y los 71 años respectivamente, no puede estar remitiéndose sino al concepto de "capital" ya definido y a que todo efecto no puede exceder de los \$ 144.000.

El fallo atacado por tanto no es arbitrario ni adolece del vicio señalado por la parte recurrente por el contrario, la interpretación que pretende tomar como base del cálculo para las reducciones de un monto que no es el "capital" sino el múltiplo de los sueldos, que lo excede notablemente en este caso coyuntural, resulta forzada.

De igual modo es forzada la interpretación que persigue tener por no escrita la segunda reducción del 50% establecida para el momento de cumplirse los 71 años. Tanto es clara la segunda reducción que la cláusula fue tomada e interpretada en ese sentido a la hora de efectuarse los cálculos del concurso que finalmente resolvió la contratación con la aseguradora recurrida. A fs. 76 obra la copia de la planilla de cálculo de comparación de oferta y el casillero correspondiente la Dirección de Administración interpretó que la "reducción a los 70 años" es "nuevamente 50%".

En todo caso, difícilmente podría calificarse de arbitraria la interpretación efectuada por la Cámara en el fallo atacado si es la misma que ya hizo en su momento un cuerpo técnico de este Poder Judicial en el concurso que la Compañía aseguradora recurrida transitó para obtener el contrato.

Por todo lo expuesto, el recurso debe ser rechazado y el fallo recurrido confirmado.

A la segunda cuestión el Dr. *Fernando Romano*, dijo:

Atento al resultado al que se arriba en el tratamiento de la cuestión anterior, corresponde admitir el recurso de Inconstitucionalidad deducido a fs. 3/23 de autos y, en su consecuencia, anular la sentencia de fs. 215/225 y vta., rechazando en definitiva, el recurso de apelación deducido a fs. 172 por Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. y confirmar, salvo en el aspecto honorarios, la sentencia de primera instancia.

Así voto.

Sobre la misma cuestión los Dres. *Pérez Hualde* y *Llorente*, adhieren al voto que antecede.

A la tercera cuestión el Dr. *Fernando Romano*, dijo:

De conformidad con lo resuelto en las cuestiones precedentes, corresponde imponer las costas a la parte recurrida que resulta vencida. (Arts. 35 y 36, C.P.C.)

Así voto.

Sobre la misma cuestión los Dres. *Pérez Hualde* y *Llorente*, adhieren al voto que antecede.

Con lo que terminó el acto, procediéndose a dictar la sentencia que a continuación se inserta:

Sentencia

Mendoza, 08 de Octubre de 2009.

Y Vistos:

Por el mérito que resulta del acuerdo precedente, la Sala Primera de la Excma. Suprema Corte de Justicia fallando en definitiva,

Resuelve:

I. Hacer lugar al recurso extraordinario de Inconstitucionalidad deducido a fs. 3/23 de autos. En consecuencia, anular la sentencia de fs. 215/225 y vta., la que se sustituye por la siguiente:

“1°. Rechazar el recurso de apelación deducido a fs. 172 por Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. y confirmar, salvo en el aspecto honorarios, la sentencia de primera instancia.”

“2°. Regular los honorarios profesionales devengados en primera instancia de los Dres. Jorge Vargas Ortiz, en la suma de pesos ... (\$...); Enrique Marzari De Elizalde, en la suma de pesos ... (\$...); José Luis Correas, en la suma de pesos ... (\$...); Gladys B. Castillo, en la suma de pesos ... (\$...); Antonio Jaime Logrippo, en la suma de pesos ... (\$...); Antonio Eduardo Logrippo, en la suma de pesos ... (\$...) y Beatriz Frigerio de Logrippo, en la suma de pesos ... (\$...), respectivamente, por su efectiva actuación en autos (Arts. 2, 3, 13 y 31 L.A.)”

“3°. Regular los honorarios profesionales de segunda instancia de los Dres. Enrique Marzari de Elizalde, en la suma de pesos ... (\$...); José Luis Correa, en la suma de pesos ... (\$...); Antonio J. Logrippo, en la suma de pesos ... (\$...) y Antonio E. Logrippo, en la suma de pesos ... (\$...) (Arts. 3, 15 y 31 de la ley arancelaria).”

II. Imponer las costas de todas las instancias a la recurrida vencida.

III. Regular los honorarios devengados en esta instancia de los Dres: Gladys Castillo, en la suma de pesos ... (\$...); José Luis Correa, en la suma de pesos ... (\$...); Antonio Jaime Logrippo, en la suma de pesos ... (\$...) y Antonio Eduardo Logrippo, en la suma de pesos ... (\$...) (Arts. 15 y 31, Ley 3641).

IV. Lbrese cheque a la orden del recurrente por la suma de pesos ciento setenta (\$ 170), con imputación a la boleta de depósito obrante a fs. 1. Notifíquese. – *Fernando Romano*. – *Alejandro Pérez Hualde*. – *Pedro Llorente*.

admisibilidad de otras diligencias además de las allí enumeradas, cuando se justifique que ellas resulten imprescindibles o necesarias para poder emplazar correctamente al útilmente la demanda (conf. Morello y otros, “Códigos Procesales...”, T. IV, pág. 441; C.N.Civil, esta Sala, c. 123.612 del 21-12-92).

Desde esta perspectiva, en su presentación de fs. 16/17, la recurrente pretende se libre oficio a la policía de la provincia de Entre Ríos y al Juzgado de instrucción de la Ciudad de Nogoyá de la misma provincia, a fin de obtener información sobre las extracciones de sangre y pericias de alcoholemia y/o toxicológica que se pudieran haber practicado con relación a las personas que intervinieron en el siniestro mencionado a fs. 16, punto III 1, con el alcance que luce a fs. 116 vta., punto III.2. A tal fin, aclaró que ha intentado en reiteradas oportunidades tener acceso a la causa penal en cuestión, pero a pesar de lo dispuesto en los arts. 46 y 117 de la ley 17.418 ello ha resultado imposible por cuanto el juzgado ha decretado el secreto sumarial y no permite su vista, ni presentación de escritos que no sean de las partes, es decir víctimas o imputado (ver fs. 16 vta., 2° párrafo).

Además, explicó que se ve en la imperiosa necesidad de expedirse sobre la aceptación o declinación de la cobertura en el siniestro en cuestión, pero para ello resulta indispensable conocer el resultado de las pericias de alcoholemia y toxicológica, pues podría estar frente a alguna de las causales de exclusión de cobertura prevista en el contrato o bien en el supuesto de culpa grave estipulada en los arts. 70 y 114 de la ley 17.418.

Con dichos recaudos, a criterio del Tribunal, se encuentra debidamente cumplida la carga procesal establecida con relación al objeto de la diligencia pedida, máxime si se pondera la naturaleza de la acción principal y su intervención en los términos del art. 118 de la citada ley 17.418.

Si a ello se suma que la medida requerida no se muestra como abusiva o que tiene por finalidad colocar en una situación desfavorable a la contraria, no cabe sino concluir en la procedencia de la queja.

Por ello, se resuelve: Revocar el decisorio de fs. 37. En consecuencia, hacer lugar a las medidas preliminares solicitadas en el escrito de fs. 16/17, debiendo en primera instancia ordenarse el libramiento de los pertinentes oficios. Notifíquese y devuélvase. – *Juan C. G. Dupuis*. – *Fernando M. Racimo*. – *Mario P. Calatayud*.

Seguro:

De responsabilidad civil: citada en garantía; diligencias preliminares; solicitud; procedencia.

Cabe hacer lugar a la pretensión de la citada en garantía de obtener, con el carácter de diligencia preliminar, información sobre el resultado de las pericias de alcoholemia y toxicológicas que pudieran haberse practicado con relación a las personas que han participado en el siniestro motivo de autos, pues el argumento de que ello le resulta indispensable para expedirse sobre la aceptación o declinación de la cobertura del siniestro, habida cuenta de que podría darse un supuesto de exclusión de cobertura o de culpa grave, resulta suficiente para tener por cumplida la carga procesal establecida con relación a la medida solicitada; máxime si se pondera que la misma no se muestra como abusiva ni tiene por finalidad poner en desventaja a la contraparte. R.C.

17 – CNCiv., sala E, noviembre 24-2009. – HSBC La Buenos Aires Seguros S.A. c. Ibarra, Gabriel Juan María y otros s/prueba anticipada.

Buenos Aires, noviembre veinticuatro de 2009.

Y Vistos: Y Considerando:

I. Contra la resolución de fs. 37, que rechazó la prueba anticipada requerida a fs. 16/17, alza sus quejas la actora en el memorial de fs. 40/41.

II. Los arts. 323 a 329 del Código Procesal enumeran y reglamentan diversas medidas susceptibles de diligenciarse con carácter previo a la interposición de la demanda. Pueden ser pedidas tanto por el actor como por el demandado, ya que el citado art. 323 acuerda este derecho al “que pretenda demandar”, o a “Quien, con fundamento, prevea que será demandado”. Se dividen en preparatorias y conservatorias, siendo las primeras las que tienen por objeto asegurar a las partes la posibilidad de plantear sus alegaciones en forma más precisa y eficaz. Persiguen, esencialmente, la determinación de la legitimación procesal de quienes han de intervenir en el juicio, o la comprobación de ciertas circunstancias cuyo conocimiento es imprescindible, o manifiestamente ventajoso desde el punto de vista de la economía procesal.

Conforme se ha declarado –con criterio que la Sala comparte– la enumeración que contiene la norma legal recordada no es taxativa, sino que queda a criterio del juez la

defecto legal y de prescripción opuestas por aquéllos, con costas a su cargo.

La magistrada de grado sostuvo que la ausencia de citas legales en la demanda no autorizaría el planteo procesal de defecto legal, pues ella contendría los recaudos necesarios para que los excepcionantes controvertan lo reclamado. Por otra parte, la *a quo* estimó que las acciones fundadas en seguros de caución prescriben desde el vencimiento de las últimas cuotas de las primas adeudadas (cfr. art. 58, párr. 2, ley 17.418) y, desde tal perspectiva juzgó que el plazo liberatorio invocado no se había consumido en el *sub lite*.

Los fundamentos de la apelación obran desarrollados a fs. 216/219 y contestados por su contraria a fs. 221/222.

Se agravaron los demandados por el rechazo de la excepción de defecto legal, manifestando que la omisión incurrida por la aseguradora irrogó una afectación en su derecho de defensa en juicio. En lo que respecta a la prescripción, señalaron que no existía una única prima pagadera en cuotas sino primas sucesivamente devengadas durante cada uno de los períodos de cobertura y, en concordancia con los antecedentes jurisprudenciales citados para sustentar sus dichos, propusieron que el término anual de prescripción comenzara a computarse desde el momento de inicio de cada uno de esos períodos con lo cual estaría prescripta, según entienden, la acción de cobro de primas en aquellas en que hubiera transcurrido un (1) año a partir de la vigencia de cada una de las pólizas emitadas por su contraria.

2) Excepción de defecto legal.

Recuérdase que la excepción de defecto legal resulta procedente frente a las oscuridades u omisiones acerca del modo de proponer la demanda que, por su gravedad, colocan al demandado en real estado de indefensión, impidiéndole o dificultándole la refutación o producción de las pruebas conducentes, debiéndose señalar que la razón de la previsión legal que fundamenta la excepción en cuestión, radica en la necesidad de preservar adecuadamente el derecho de defensa en juicio que posee raigambre constitucional y que se vería conculcado si las accionadas desconocieran elementos esenciales de las pretensiones de la contraria, de modo que le impidiese desplegar con aptitud las oposiciones que tuvieran contra tales pretensiones.

El art. 330, CPCC establece un requisito esencial, en su inciso tercero (3°), que la demanda debe contener la “cosa” demandada, designándola con toda exactitud y, en su inciso cuarto (4°), que los hechos que dan sustento a la acción estén explicados claramente. En función de ello, entonces, la claridad y precisión del objeto de la demanda son fundamentales, por aplicación del principio de igualdad, para que el demandado pueda admitir o negar los hechos y organizar su defensa. De los antecedentes enumerados en la demanda deben resultar las bases para establecer el objeto pretendido, ya que de lo contrario se colocaría a la demandada en inferioridad procesal. Esta exigencia de precisar el objeto de la demanda se vincula con el principio de congruencia (art. 163, inc. 6° y 34, inc. 4°, CPCC) y tiene fundamento en el art. 18, CN, porque si la sentencia excediese cualitativa o cuantitativamente el objeto pretendido o se pronuncia sobre cuestiones no incluidas en la oposición del demandado, menoscaba su derecho de defensa privándolo de toda oportunidad útil para alegar y probar sobre temas que no fueron materia controvertida (conf. Colombo, Carlos J. - Kiper, Claudio M., “Código Procesal Civil y Comercial de la Nación”, T. III, pág. 522 y sstes.).

Ahora bien, cabe apuntar que el escrito de demanda es preciso en la exposición de los hechos, el objeto de su pretensión y el monto de su reclamo y, aun cuando la accionante obvió la exigencia de expresar el derecho (art. 330, inc. 5, CPCC) dicha falencia no acarrea consecuencias en tanto puede determinarse claramente la acción que se intenta (*el cobro de primas que se sostienen adeudadas y la liberación de las garantías comprometidas a favor de los beneficiarios del seguro*), extremo que ha sido corroborado en la especie pues ello no ha impedido a los excepcionantes contestar la demanda, controvertir los incumplimientos que se les ha endilgado y ofrecer las pruebas conducentes a ese fin. Por lo tanto, visto que la apuntada omisión no es suficiente por sí sola para fundar la defensa de que se trata, máxime cuando es deber del juez suplirla por aplicación del principio “*iura novit curia*”, el agravio de los recurrentes, en este ítem, no habrá de prosperar.

3) Excepción de prescripción.

La aseguradora promovió estas actuaciones a fin de que se condene a los demandados al pago de \$ 97.947,53 con

Seguro:

Seguro de caución: primas; cobro; reclamo; excepciones de defecto legal y prescripción; rechazo.

1 – *Cabe rechazar la excepción de defecto legal opuesta por los demandados a la acción promovida por la aseguradora con base en el seguro de caución por ellos contratado, pues aun cuando esta última obvió la exigencia de expresar el derecho (art. 330, inc. 5°, cód. procesal civil y comercial de la Nación), dicha falencia no acarrea consecuencias en tanto puede determinarse claramente la acción que se intenta –el cobro de primas que se sostienen adeudadas y la liberación de las garantías comprometidas a favor de los beneficiarios del seguro–; extremo que ha sido corroborado en la especie, ya que ello no ha impedido a los excepcionantes contestar la demanda, controvertir los incumplimientos que se les ha endilgado y ofrecer las pruebas conducentes a ese fin.*

2 – *Puesto que en el contrato de seguro de caución la prima es única como también lo es la prestación a cargo de la aseguradora, la prescripción liberatoria debe computarse a partir del vencimiento de la última cuota, por lo cual, en el caso, debe rechazarse la excepción de prescripción opuesta por los demandados, ya que entre el vencimiento de las últimas cuotas de las pólizas objeto de esta litis y la fecha de interposición de la demanda no ha transcurrido el plazo anual del art. 58 de la LS. R.C.*

18 – CNCom., sala A, junio 16-2009. – Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c. Jaben S.A. y otros s/ordinario.

Buenos Aires, 16 de junio de 2009.

Y Vistos:

1) Apelaron los demandados Jaben S.A., Anibal Carmelo Savelli y Elena Fanny Tobar la decisión de fs. 209/210, mediante la cual se desestimaron las excepciones de de-

sustento en los endosos sucesivos de las pólizas n° 445.414, 459.972, 474.593, 474.594, 474.597, 474.599, 474.603, 474.606 y al reintegro de las pólizas mencionadas.

De su lado, los excepcionantes sostuvieron la prescripción de los siguientes endosos: póliza 474.593 endoso 2 a 6, póliza 474.594 endoso 2 a 6, póliza 474.599 endoso 2 a 6, 474.603 endoso 2 a 6, póliza 459.972 endoso 1 a 2, póliza 445.414 endoso 2 a 3, póliza 474.597 endoso 5 y, póliza 474.606 endoso 4 (véase a ese fin certificación de deuda copiada a fs. 9/11), siendo tal requisitoria desatendida en la anterior instancia.

3.1. Pues bien, como primera medida es del caso efectuar algunas consideraciones –a modo de introducción– en torno a la naturaleza jurídica del contrato del seguro de caución.

El seguro de caución se caracteriza por la intervención de tres partes y la necesaria conexión de dos contratos. Tales sujetos son el asegurador, el tomador o proponente y el asegurado, siendo este último la única parte que se encuentra legitimada pasivamente para acceder a la pretensión esgrimida, por ser el beneficiario de las pólizas emitidas y por su calidad de acreedor de las prestaciones asumidas en los contratos garantizados en razón de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza (cfr. CNCom., esta Sala A, 30.08.02, *in re* “Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Guterman Jaime y otro”).

El objeto principal de los seguros de caución es el de garantizar a favor de un tercero las consecuencias de los posibles incumplimientos del tomador vinculado con el beneficiario por un contrato anterior a la caución y del cual es accesorio. El negocio jurídico aparece así como un verdadero contrato de garantía, bajo la forma y modalidades del contrato de seguro, por lo que le son aplicables las regulaciones y principios propios de éste en todo aquello que no contradiga a la esencia de la relación jurídica que –reitero– consiste en la celebración de un contrato de garantía y que como tal, es accesorio del contrato principal o garantizado (cfr. C.S.N. 30.06.92 *in re* “Gobierno Nacional Sec. de Intereses Marítimos c/ Prudencia Cía Argentina de Seguros Generales S.A.” J.A. 1992-IV-495 y ss.). El seguro de caución configura económica y técnicamente operaciones de seguro que encuadran dentro de la normativa de la ley 17.418 y 20.091 (cfr. Farina, “Seguro de Caución” R.D.C.O., año 14, N° 82, pág. 524 y ss.; Marta Eva García, “Naturaleza Jurídica del Seguro de Caución”, LL, 1975-C-752).

Asimismo, es dable señalar que las obligaciones y cargas del contrato recaen sobre el tomador o proponente y nunca sobre el asegurado, por lo que la falta de pago de las primas no suspende la cobertura. Además el “interés asegurable” al celebrarse el contrato es del tomador, ya que cubre las consecuencias de su propia conducta y redundan en su propio beneficio, a fin de facilitar la contratación principal. El asegurado o beneficiario de la póliza, no tiene obligaciones que cumplir, por cuanto, muchas veces, acepta la sustitución de un depósito en efectivo del que podría apropiarse ante el incumplimiento del deudor, por la garantía que ofrece una compañía de seguros. De ello se infiere que el tomador o proponente contrae obligaciones ante el asegurado y el asegurador, de modo que sus actos no pueden afectar al asegurado (cfr. CNCom., esta Sala A, *in re* “Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Jaime Bernardo Coll S.A.”, del 20.09.07).

3.2. En el marco descripto y en lo tocante al régimen legal de prescripción, señábase que las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible conforme lo dispuesto por el art. 58, 1° párr. de la ley 17.418.

Señábase que la prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado de cobertura. Sin embargo, en el supuesto de que el asegurador conceda plazo implícitamente (arts. 30 y 21, párr. 2°, ley 17.418), el plazo de prescripción comienza desde que el asegurador intima de pago, de conformidad con lo previsto por el art. 58, párr. 2, última parte, por ser éste el momento en que comienza a correr el plazo del asegurado para pagar (Isaac Halperín, “Seguros”, pág. 1037, 3° edición actualizada y ampliada por Nicolás H. Barbato, Ed. Depalma, Bs. As., 2.001).

Sentado ello, recuérdase que en general la materia de la prescripción está regulada en el primer párrafo del art. 58 de la ley de seguros. Allí se establece el plazo de un año y el momento desde el cual comienza el cómputo, es decir, “desde que la correspondiente obligación es exigible”,

principio que funciona en las dos direcciones: obligaciones del asegurador y obligaciones del tomador o del asegurado.

Por otro lado, el segundo párrafo aclara la cuestión de la fecha del inicio del cómputo de la prescripción en materia de pago de prima, esto es: i) si es de pago único, desde que era exigible; ii) si se acordó el pago en cuotas, se computa desde el vencimiento de la última cuota y no desde la exigibilidad de cada cuota (art. 58, párr. 2), pues es injusto que la prescripción corra mientras el asegurador mantiene vigente su contrato, sin exigir el pago, ya sea por consideraciones comerciales o bien, porque su índole, como en el caso, el contrato es de duración continuada, sin plazo de terminación. Así las cosas, cabe afirmar que mientras la garantía rige hay acto reconocitivo interruptivo de la prescripción (ver Isaac Halperín, “Seguros”, pág. 1038, cit. *supra*).

En tal línea de pensamiento, la norma en análisis contempla el caso de entrega de la póliza sin cobro de la prima –que hace presumir conferimiento de crédito, en los términos del art. 30, *in fine* de la ley vigente en la materia–; siendo que en este último supuesto el inicio del plazo de cómputo requiere que el asegurador previamente ponga en mora al asegurado mediante intimación fehaciente.

Sobre esa base expositiva, cabe sostener que el agravio esgrimido por los quejosos relativo a que las primas reclamadas son independientes y se adeudarían desde el momento en que comenzó cada período de cobertura no habrá de prosperar. En efecto, sin desconocer el Tribunal los antecedentes jurisprudenciales aludidos en su memorial, lo cierto es que los seguros de caución que nos ocupan revisiten indeterminación temporal en tanto se encuentran superpuestos a la extinción de las obligaciones del tomador cuyo cumplimiento cubren (véanse copia de las pólizas de fs. 29/58). Por ello, cabe encuadrarlos en el supuesto de “prima pagadera en cuotas” –art. 58, párr. 2do, ley 17.418– pues se está en presencia de negocios contractuales únicos que generan en el tomador el deber –mientras no se haya liberado a la aseguradora de su responsabilidad– de abonar los premios por las coberturas contratadas que también son únicos, no obstante su fraccionamiento por claras razones financieras (conf. arg. esta CNCom., esta Sala A., *in re*: “Alba Compañía Argentina de Seguros S.A c/ Ivalsa SRL y otro s. ordinario”, del 06.06.08).

No desconoce esta Sala la existencia de antecedentes jurisprudenciales contrarios a la solución *supra* indicada, circunstancia que incluso diera lugar a que esta Cámara, en su oportunidad, convocara a plenario en las actuaciones “Alba Compañía Argentina de Seguros S.A c/ Empresa Argentina de Construcciones S.A y otros s. ordinario s. reconstrucción” –expediente n° 43.567/93–, el cual fuera luego “desplenarizado” por el cuerpo al declararse inoficioso el recurso de inaplicabilidad de la ley con fundamento en que computando el plazo de prescripción anual (art. 58 de la ley 17.418) ya sea desde el vencimiento del último de los períodos reclamados y/o partir del momento de inicio de cada período de cobertura del seguro de caución, la acción estaría igualmente prescripta (véase Acuerdo de esta Exma. Cámara del 15.11.06, pto. II).

Entonces, en el entendimiento de que en el contrato de seguro de caución la prima es única como también lo es la prestación a cargo de la aseguradora, la prescripción liberatoria debe computarse a partir del vencimiento de la última cuota conforme a lo dispuesto por la normativa antedicha. Sentado lo anterior, visto la fecha de interposición de la demanda (18.09.08, fs. 118) y el vencimiento de las últimas cuotas de las pólizas objeto de esta litis, a saber: 474.593 endoso del 28.05.08, 474.594 endoso del 28.05.08, 474.599 endoso del 28.08.08, 474.603 endoso del 28.08.08, 459.972 endoso del 11.01.08, 445.414 endoso del 08.05.08, 474.597 endoso del 29.05.08, 474.606 endoso del 29.05.08, no cabe sino concluir que el plazo anual prescripción no ha operado en el *sub lite* lo que trae aparejado, en consecuencia, la suerte adversa del agravio ensayado en este aspecto.

4) Por todo lo hasta aquí expuesto, esta Sala resuelve:
a. Rechazar el recurso de apelación interpuesto, y confirmar la decisión apelada en todo lo que fue materia de agravio.

b. Imponer en la Alzada las costas a los recurrentes dada su condición de vencidos en esta instancia (arts. 68 y 69, CPCC).

Devuélvase a primera instancia, encomendándose al Sr. Juez *a quo* disponer las notificaciones del caso con copia de la presente resolución. – María E. Uzal. – Isabel Míguez. – Alfredo A. Kölliker Frers (Prosec.: Jorge A. Cardama).

Seguro:

Arts. 4° y 58 de la Ley de Seguros: prueba del contrato; prescripción; prima.

1 – *El libro de emisión de pólizas y anulaciones tiene el valor probatorio de los libros de comercio cuando es llevado en legal forma, con registraciones en orden correlativo y sin espacios en blanco.*

2 – *Teniendo en cuenta el valor probatorio del libro de emisión de pólizas y anulaciones, y que el peritaje contable puede constituir prueba del contrato de seguro, no es dudoso que se ha acreditado en autos la aceptación de la propuesta u oferta a la que se hizo antes referencia o, lo que es lo mismo, el perfeccionamiento del contrato de seguro que los recurrentes niegan.*

3 – *Aparte de que la aceptación de la propuesta a la que se refiere el art. 4° de la ley 17.418 puede tener lugar inclusive tácitamente, entre comerciantes –condición que tienen tanto la actora como la sociedad demandada– la compulsión pericial de los libros tiene particular fuerza de convicción, en función de lo previsto por el art. 63 del cód. mercantil. No es, ciertamente, una prueba absoluta, pero no podría el tribunal sentenciar un pleito entre comerciantes contra el resultado de este elemento de juicio, sin contar con una profunda crítica de tal antecedente.*

4 – *En el caso, se comprobó pericialmente que los libros de la actora son llevados en legal forma y que en uno de ellos, que tiene el valor de un libro de comercio, aparecen registradas las pólizas cuya contratación fue negada por los demandados. Estos últimos, por su lado, si bien ofrecieron prueba pericial sobre los libros de la demandada a fin de que se informase si en ellos se encontraban asentadas las pólizas invocadas en la demanda, cuáles riesgos aseguraban y si ellas se encontraban abonadas, terminaron más tarde por desistir de la peritación en tales aspectos.*

5 – *No hace falta más que recordar que el citado art. 63 del cód. de comercio dispone que los libros de comercio hacen prueba en favor de sus dueños “cuando su adversario no presente asientos en contrario hechos en libros arreglados a derecho u otra prueba plena o concluyente”.*

19 – CNCom., sala D, agosto 14-2009. – Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c. Raffo y Mazieres S.A. y otros s/ordinario.

En Buenos Aires, a 14 de agosto de 2009, se reúnen los Señores Jueces de la Sala D de la Excelentísima Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial de la Capital Federal, con el autorizante, para dictar sentencia en la causa “Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Raffo Y Mazieres S.A. y otros s/ ordinario”, registro n° 48433/1995, procedente del Juzgado N° 13 del fuero (Secretaría N° 26), donde está identificada como expediente N° 68070, en los cuales como consecuencia del sorteo practicado de acuerdo con lo previsto por el art. 268 del Código Procesal, resultó que debían votar en el siguiente orden, Doctores: Heredia, Vassallo, Dieuzeide.

Estudiados los autos la Cámara planteó la siguiente cuestión a resolver:

¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada?

A la cuestión propuesta, el Señor Juez de Cámara, Doctor *Heredia* dijo:

1°) El fallo de primera instancia admitió parcialmente la demanda promovida por Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. y condenó en forma solidaria a los demandados Raffo y Mazieres S.A., Martha Rosa Giardina de Raffo, Marta Irene Fernández de Mazieres, Edilberto Luis Raffo y Gerardo Jorge Mazieres a pagar, dentro del quinto día, la cantidad que resultase de una liquidación por practicar en la etapa de ejecución de sentencia, con más intereses, y estableciéndose que el total se tendrá como importe verificado en el concurso de Raffo y Mazieres S.A. Las costas fueron impuestas por su orden, y diferida la regulación de los honorarios profesionales (fs. 839/850 y aclaratoria de fs. 857)

La decisión fue apelada por la parte actora (fs. 851), por Martha Rosa Giardina de Raffo, Marta Irene Fernández de Mazieres, Edilberto Luis Raffo y Gerardo Jorge Mazieres (fs. 853), y por la empresa Raffo y Mazieres S.A. (fs. 855).

La aseguradora actora expresó agravios en fs. 874/877, los que fueron contestados por Raffo y Mazieres S.A. (fs. 910/914), y por la sindicatura designada en el concurso de esta última (fs. 922).

De su lado, los codemandados Martha Rosa Giardina de Raffo, Marta Irene Fernández de Mazieres, Edilberto Luis

Raffo y Gerardo Jorge Mazieres fundaron su recurso de apelación con el memorial de fs. 880, y la empresa Raffo y Mazieres S.A. con el de fs. 885/887. Ambos memoriales fueron resistidos por la actora con la pieza de fs. 924/925.

Por razones de orden expositivo intercalaré los agravios de las partes a los fines de su tratamiento, dando preeminencia a aquellos que se refieren a cuestiones de fondo y tratando en conjunto aquellos que presentan identidad.

2º) La sentencia de primera instancia tuvo por acreditada que Raffo y Mazieres S.A. comunicó a la actora, mediante la nota agregada en fs. 35, su voluntad de contratar una línea de seguros de caución. Asimismo, observó que esa nota no fue desconocida en la contestación de demanda de dicha accionada y, en base a ello, entendió que tal comunicación obró como propuesta de contrato de seguro en los términos del art. 4 de la ley 17.418, por lo que no podía alegarse en autos que las coberturas invocadas en el escrito inicial no hubieran sido solicitadas. Partiendo de tal premisa, concluyó que si bien la parte actora no había acompañado las correspondientes pólizas, no podía dudarse que aquella propuesta había sido aceptada perfeccionándose el contrato, pues el perito contador determinó que de los libros de la actora surgía la mención de tales títulos que justificaron las primas reclamadas en autos (fs. 845/846).

Tanto la empresa Raffo y Mazieres S.A., como los restantes codemandados, critican lo precedentemente reseñado, pero con razones que no cabe compartir, lo que lleva, entonces, a desestimar el agravio pertinente.

Me explico.

(a) La indicada pieza de fs. 35 (cuya copia obra en fs. 12) da cuenta de una propuesta de otorgamiento de una línea de cobertura asegurativa en la cual, además, la proponente declaró "...conocer las condiciones insertas al dorso, en base a las cuales, la Compañía emitirá pólizas...". El documento, valga señalarlo, aparece suscripto por un representante de Raffo y Mazieres S.A., cuya firma fue certificada notarialmente, señalando el escribano actuante haber tenido a la vista la documentación que comprobaba esa representación (fs. 13).

Es de observar que las expresiones de agravios de fs. 880 y 885/887 no cuestionaron lo afirmado por la sentencia apelada en el sentido de que el referido documento de fs. 35 no fue negado en autenticidad. De tal suerte, corresponde considerar a esa falta de negativa como reconocimiento de la verdad y de los hechos pertinentes y lícitos a los que se refiere el instrumento (art. 356, inc. 1, del Código Procesal). En otras palabras, cabe reputar al documento de referencia, sin dudas, como continente de una propuesta de contratación de acuerdo a lo previsto por el art. 4º de la ley 17.418, es decir, como una oferta contractual emanada del futuro asegurado (conf. Halperin, I., Seguros – Exposición y crítica de la ley 17.418, Buenos Aires, 1972, ps. 137/139; Rouillón, A. y Alonso, D., Código de Comercio comentado y anotado, Buenos Aires, 2005, t. II, p. 19).

(b) El peritaje contable acreditó que la actora lleva sus libros en legal forma y que, en particular, en el Libro de Emisión de Pólizas y Anulaciones dicha parte registró todas las pólizas descriptas en el adjunto "A" acompañado con la demanda (fs. 233 vta., puntos 2 y 3).

Cabe recordar, antes de avanzar, que el referido Libro de Emisión de Pólizas y Anulaciones tiene el valor probatorio de los libros de comercio cuando es llevado en legal formal, con registraciones en orden correlativo y sin espacios en blanco (conf. CNCom., Sala E, 30/4/90, "El Sol Argentino Cía de Seguros Generales S.A. c/ Intercar S.A. s/ ordinario").

Pues bien, teniendo en cuenta lo anterior, y que el peritaje contable puede constituir prueba del contrato de seguro (conf. CNCom., Sala D, 14/6/89, "El Surco Cía. de Seguros S.A." c/ Navoi S.R.L.", ED, t. 137, p. 194; íd. Sala D, 10/7/08, "Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Bobadilla, Roberto Marcelino s/ ordinario"), no es dudoso que se ha acreditado en autos la aceptación de la propuesta u oferta a la que se hizo antes referencia o, lo que es lo mismo decir, el perfeccionamiento del contrato de seguro que los recurrentes niegan.

Es que, aparte de que la aceptación de la propuesta a la que se refiere el art. 4 de la ley 17.418 puede tener lugar inclusive tácitamente (conf. Stiglitz, R., Derecho de Seguros, Buenos Aires, 2004, t. I, p. 375, n° 310; Rouillón, A. y Alonso, D., ob. cit., t. II, p. 21), entre comerciantes –condición que tienen tanto la actora como la sociedad demandada– la compulsación de los libros tiene particular fuerza de convicción, en función de lo previsto por el art. 63 del Código mercantil. No es, ciertamente, una prueba ab-

soluta, pero no podría el tribunal sentenciar un pleito entre comerciantes contra el resultado de este elemento de juicio, sin contar con una profunda crítica de tal antecedente (conf. CNCom., Sala B, 12/8/1991, "La Gremial Económica Cía. de Seguros c/ Viggiano, C.", LL 1991-D, p. 558).

En el caso, como fuera dicho, se comprobó pericialmente que los libros de la actora son llevados en legal forma y que en uno de ellos, que tiene el valor de un libro de comercio, aparecen registradas las pólizas cuya contratación fue negada por los demandados. Estos últimos, por su lado, si bien ofrecieron prueba pericial sobre los libros de Raffo y Mazieres S.A. a fin de que se informase si en ellos se encontraban asentadas las pólizas invocadas en la demanda, cuáles riesgos aseguraban y si ellas se encontraban abonadas (fs. 114, puntos b, c y d; y adhesiones de fs. 116, 122, 124 y 126), terminaron más tarde por desistir de la peritación en tales aspectos (fs. 604). En tales condiciones, no hace falta más que recordar que el citado art. 63 del Código de Comercio dispone que los libros de comercio hacen prueba en favor de sus dueños "cuando su adversario no presente asientos en contrario hechos en libros arreglados a derecho u otra prueba plena o concluyente" (conf. CNCom., Sala D, 10/7/08, "Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Bobadilla, Roberto Marcelino s/ ordinario"; CNCom., Sala A, 31/8/1981, "La Holando Sudamericana Cía. de Seguros c/ Mayvaz S.A.", LL 1982-A, p. 228).

(c) Lo anterior, desde luego, supera las objeciones que los demandados recurrentes levantan en sus memoriales según las cuales no es posible establecer una relación entre las pólizas de seguro de caución referidas por la peritación contable y las obras garantizadas por ellas, poniendo como ejemplo particular el caso de la póliza n° 45.077. Y ello es así, máxime ponderando que, si alguna duda cabía al respecto, ella pudo ser despejada por los propios recurrentes mediante la interposición del correspondiente pedido de aclaraciones al perito contador. Sin embargo, en su momento, frente al traslado de fs. 235, los ahora agravados guardaron silencio.

3º) El adecuado orden expositivo de las cosas, impone tratar ahora el único agravio de la parte actora contra la sentencia de primera instancia, que se refiere al modo en que computó el *dies a quo* del plazo de prescripción aplicable a la acción intentada en autos por cobro de primas correspondientes a seguros de caución, lo cual, bien se ve, tiene proyección directa en la admisión parcial de la defensa de prescripción opuesta por los demandados.

Sobre el tema jurídico indicado me he pronunciado en la ya citada causa "Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Bobadilla, Roberto Marcelino s/ ordinario", sentencia del 10/7/08, mediante voto que recibí la adhesión de los estimados colegas del Tribunal, doctores Vassallo y Dieuzeide.

Señalé en dicha oportunidad las divergencias que el asunto ha provocado en la jurisprudencia de esta cámara de apelaciones.

Así, referí que esta Sala, en su anterior composición (integrada), por mayoría compuesta por los jueces Cuartero y Gómez Alonso de Díaz Cordero, resolvió en cierta oportunidad (CNCom. Sala D, 8/3/2005, "Cosena Cooperativa de Seguros Navieros Limitada c/ Embotelladora Los Andes S.A.", LL 2005-C, p. 518), que la norma que regía la cuestión era el art. 58, segunda parte, de la ley 17.418, porque en el seguro de caución, que es un contrato único por tiempo indeterminado, con una sola prestación a cargo del asegurador, la prima a pagar por el tomador es también única y, si bien debería pagarse y liquidarse al tiempo de la conclusión (celebración) del contrato, sólo por motivos operativos y financieros se la fracciona, liquida y paga periódicamente. Y puesto que tal fraccionamiento da lugar a sucesivas cuotas de una prima única, sin que existan varios períodos de cobertura a los que correspondan varias primas susceptibles de prescribir cada una individualmente, la solución debe ser, entonces, la de la norma indicada, que manda computar la prescripción anual a partir del vencimiento de la última cuota.

Recordé que este último criterio interpretativo fue adoptado también por algunos fallos de las Salas A y B de esta Cámara (conf. CNCom., Sala A, 14/5/1992, "Alba Cía. Argentina de Seguros S.A. c/ Cielmec S.A. s/ ordinario"; íd. Sala B, 23/11/2005, "Alba Cía. Argentina de Seguros S.A. c/ Te Ve Centro S.A. s/ ordinario").

Empero, no dejé de observar en la citada sentencia del 10/7/08, que las Salas C y E habían brindado al asunto una respuesta distinta de la anterior, declarando que el punto de arranque de la prescripción se ubica en el momento en que comienza cada período de cobertura, puesto que no

hay una única cobertura o contrato único. En efecto, según este último criterio jurisprudencial, en el seguro de caución cada período de cobertura es independiente y da lugar al devengamiento de una prima y, a medida que suceden cada uno de esos períodos, se originan nuevas primas, hasta el momento en que el asegurador es liberado de la obligación asumida. No cabe considerar que las primas así devengadas representan "cuotas" de una prima única, pues ello importaría sostener que existe una tal prima correspondiente a todo el plazo de vigencia del contrato, la que ciertamente no sería susceptible de ser fijada en razón de la indeterminación temporal que caracteriza a este tipo de contratos. Así las cosas, si no hay estipulación expresa de pago de la prima en cuotas, corresponde concluir que las sumas reclamadas por la aseguradora son independientes entre sí y que, en consecuencia, se adeudan al comenzar cada período de cobertura (art. 30, ley 17.418). De manera que el término anual de prescripción, debe computarse desde el momento de inicio de cada uno de esos períodos (conf. CNCom., Sala C, 12/9/1993, "La Holando Sudamericana Cía. de Seg. S.A. c/ Fábrica de Equipos de Rayos X S.R.L. s/ ordinario"; íd. Sala C, 11/8/1998, "Alba Cía. de Seguros S.A. c/ Oschi S.A. y otro"; LL 1998-F, p. 438; 6/7/1999, "Alba Cía. Argentina de Seguros S.A. c/ Empresa Argentina de Construcciones S.A." s/ ordinario"; íd. Sala C, 13/5/03, "Alba Cía. Argentina de Seguros S.A. c/ González, Ricardo s/ ordinario", LL 2004-A, p. 599; íd. Sala E, 12/5/2003, "Alba Cía. Argentina de Seguros S.A. c/ Concor S.A.", LL 2003-F, p. 504 y JA 2004-I, p. 409; íd. Sala E, 23/6/2006, "Cosena Coop. de Seg. Nav. Ltda. c/ La Agrícola S.A. s/ ordinario").

Ahora bien, frente al disenso jurisprudencial existente en los fallos de esta cámara de apelaciones, recordé en el mencionado voto que la Corte Suprema de Justicia de la Nación había entendido en un recurso extraordinario interpuesto por la aquí actora ("Alba Compañía Argentina de Seguros S.A."), contra un fallo de la Sala E citado más arriba, y que en ese caso el Alto Tribunal juzgó que la argumentación desarrollada por la apelante en cuanto a que el contrato de caución es un seguro que devenga una sola prima que se divide en cuotas, no resultaba idónea para demostrar la irrazonabilidad de dicho pronunciamiento de segunda instancia (conf. CSJN, 8/11/2005, "Alba Cía. Argentina de Seguros S.A. c/ Concor S.A. y otros", Fallos 328:3922). En otras palabras, la Corte Federal no encontró arbitrario el criterio de la referida Sala E que, como se dijo, también es el de la Sala C.

Concluí, en fin, en la mencionada sentencia del 10/7/08, que el problema debía zanjarse en el sentido de favorecer aquella interpretación que ya ha sido entendida como no irrazonable o arbitraria por el más Alto Tribunal de la Nación.

Dije que esto debía ser así porque si bien las sentencias de la Corte Suprema de Justicia de la Nación sólo deciden los procesos concretos que le son sometidos y ellas no resultan obligatorias para casos análogos, lo cierto es que, tal como también el mismo Alto Tribunal lo ha señalado, los jueces inferiores tienen el deber moral de conformar sus decisiones a esa jurisprudencia y, por tal razón, carecen de fundamentación los pronunciamientos de los tribunales que se apartan de los precedentes de la Corte sin proporcionar nuevos argumentos que justifiquen modificar la posición allí adoptada (Fallos: 318:2060 y sus citas). Ello en virtud de la condición que tiene la Corte de intérprete supremo de la Constitución Nacional y de las leyes dictadas en consecuencia (Fallos: 307:1094; 312:2007; 320:1660; 321:3201; 325:1515; 326:1138), y sin que deba verse en ese seguimiento la imposición de un puro y simple acatamiento de su jurisprudencia, sino el reconocimiento de la autoridad que la inviste (CSJN, 18/12/2007, C. 2583. XLI, "Cornejo, Alberto c/ Estado Nacional - Ministerio de Defensa").

Tengo para mí, por otra parte, como también lo advertí en el precedente del 10/7/08, que la solución que postula dar punto de arranque a la prescripción anual (art. 58, primer párrafo, de la ley 17.418) en el momento en que comienza cada período de cobertura (art. 30 cit.), se impone asimismo porque aun si la prima se considerase única, en la medida que ella fue pagable fraccionadamente en forma de cuotas, cada una de estas últimas se transformó en una "prima independiente". Como lo expresa Stiglitz, una situación especial se produce cuando la prima única es pagadera fraccionadamente, pues se transforma en prima independiente y, por tanto, devengada en forma sucesiva por el transcurso del tiempo, frente a lo cual el curso de la prescripción se inicia desde que se devengue cada prima.

Es el caso –continúa dicho autor– del seguro de caución en que el contrato se formaliza por “plazo indeterminado”, debido a que su vigencia se extiende hasta la liberación del asegurador. Esa indeterminación temporal, no permite la determinación de una prima única abarcativa de todo el plazo de vigencia del contrato y, por ello, las primas se calculan en función de “períodos de cobertura” más o menos abreviados. De ello se sigue que cada período de cobertura da lugar al devengamiento de una prima y que, a medida que se suceden los períodos de cobertura, se devengan nuevos premios, hasta el momento en que el asegurador es liberado (conf. Stiglitz, R., ob. cit., t. III, p. 257, n° 1140).

En suma, por las razones expuestas, que no son sino reiteración de la parte pertinente del voto que emití en la causa “Alba Compañía Argentina de Seguros S.A. c/ Bobadilla, Roberto Marcelino s/ ordinario”, juzgo que el único agravio de la parte actora debe ser rechazado.

4°) Cabe volver ahora al tratamiento de los agravios de los demandados.

Se quejan estos últimos por cuanto la juez *a quo* ha considerado que las cartas documento de fs. 39, 40 y 41 resultaron hábiles para suspender el curso del plazo de la prescripción liberatoria, pese a que ninguna de tales misivas individualizó la deuda reclamada ni las pólizas pertinentes, fueron confusas en la individualización del demandado, y no se acreditó en autos que las personas que las remitieron tuvieran representación o personería suficiente para ello.

Estos cuestionamientos no pueden ser admitidos.

El art. 3986, segundo párrafo, del Código Civil, cuando se refiere a la “constitución en mora” con aptitud para suspender el curso de la prescripción, no alude estrictamente a la situación de mora –que bien pudo haberse producido automáticamente– sino a la “interpelación”, que supone la exigencia de pago que exterioriza la realización de un acto opuesto a la inacción del acreedor (conf. Wayar, E., Tratado de la mora, Buenos Aires, 2007, p. 745; Cazeaux, P. y

Trigo Represas, F., Derecho de las obligaciones, La Plata, 1980, t. 3, p. 561; Pizarro, R. y Vallespinos, C., Instituciones de derecho privado - Obligaciones, Buenos Aires, 1999, t. 3, p. 711; Bueres, A. y Highton, E., Código Civil y normas complementarias. Análisis doctrinal y jurisprudencial, Buenos Aires, 2005, t. 6-B, ps. 692/693; López Herrera, E., Tratado de la prescripción liberatoria, Buenos Aires, 2007, t. I, p. 252/253; CNFed. Civ. Com., Sala I, causa n° 7559 “Techint c/ E.F.A.”, sentencia del 19/4/78; íd. Sala II, causa 5787 del 6/5/88 y sus citas).

Consiguientemente, la “interpelación” de que se trata, para suspender la prescripción, no debe reunir todos los caracteres necesarios para constituir al deudor en mora. De ahí entonces que la suspensión de la prescripción se produzca, a contrario de lo señalado por los apelantes, aunque en la interpelación no se consigne el pago de una suma concreta, o existan diferencias entre el monto mencionado en la interpelación y el consignado en la demanda (conf. López Herrera, E., ob. cit., t. I, p. 254, y jurisprud. cit. en notas n° 151 y 152).

Teniendo en cuenta lo anterior y ponderando, además, que las cartas documento en cuestión indicaron que el reclamo extrajudicial se refería a primas impagas correspondientes a los seguros de caución contratados por la sociedad demandada, resulta claro que –también a contrario de lo que señala en los memoriales de fs. 880 y 885/887– no hubo omisión en tales instrumentos de la indicación de la causa de las obligaciones pretendidas.

Tampoco hubo en ellas error en cuanto a la individualización del destinatario, ya que en todas fue mencionada la empresa “Raffo y Mazieres S.A.”, con domicilio en la calle Thames 1810 (véase copias de fs. 18, 19 y 20), el cual corresponde a la sede social de esa demandada (fs. 83). Y si bien la carta documento del 8/7/94 se destinó a “Raffo y Mazieres S.A. y UTE”, la aparición de esta última sigla, no pudo ni puede llevar a confusión en cuanto a la persona interpelada.

En fin, lo atinente a la invocada falta de representación de quienes suscribieron las referidas cartas documento, no fue materia puesta a conocimiento de la juez *a quo* por lo que no corresponde a esta alzada pronunciarse sobre el punto (art. 277 del Código Procesal).

5°) El último agravio de los demandados se refiere a la imposición por su orden de las costas que resolviera la sentencia apelada. Entienden que se trató de una decisión injusta porque, proporcionalmente hablando, el éxito de la parte actora fue mucho menor que el sus contrarios, ya que éstos lograron a través de la defensa de prescripción el rechazo de la mayoría de las primas reclamadas. Requieren, por ello, que se considere vencida a la actora y que se modifique en consecuencia la imposición de las expensas.

Para resolver adecuadamente la queja cabe señalar, ante todo, que la defensa de prescripción fue deducida al responderse la demanda y como defensa de fondo (fs. 83 vta.), por lo cual no puede ser objeto de un tratamiento individual en materia de costas (conf. CNCom., Sala A, 30/7/84, “La Raya S.A. c/ Club Atlético Racing de Córdoba”). Así las cosas, toda vez que la prescripción invocada no exhibió una autonomía procesal, lo atinente a la fijación de las costas no puede ser disociado del resultado final del pleito (conf. CNCom., Sala A, 14/2/08, “De Luyenes, María c/ El Portero de San Lorenzo S.A. s/ ordinario”).

Desde esa perspectiva, considero que la imposición de las costas en el presente caso debería contemplar lo siguiente: (i) que los demandados han sido vencidos en el aspecto principal de la litis; (ii) que a ese carácter de “vencidos” no forma óbice el hecho de que la demanda no fuera admitida íntegramente pues aunque el pedido hubiera sido exagerado cuantitativamente, la litis resultó igualmente necesaria al no haber la parte demandada pagado aquello procedente (conf. CNCom., Sala D, 30/7/82, LL 1982-D, p. 465; íd. Sala D, causa n° 43.072 “Toledo, Rolando de Carmen c/ Navarro, Miguel Ángel s/ ordinario”,

EDICTOS

CITACIONES

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 8 de la Capital Federal, a cargo del Dr. Javier Cosentino, Secretaría N° 16, a cargo de la Dra. María Gabriela Dall'Asta con sede en Diag. R. S. Peña N° 1211 de Capital Federal cita, emplaza e intima por cinco días a NOCETTI JUAN PABLO para pague la suma que se le reclama de pesos treinta y tres mil novecientos cincuenta y siete con sesenta y cinco centavos (\$ 33.957,65), con más la de pesos diez mil ciento ochenta y ocho (\$ 10.188) fijada provisoriamente para responder a intereses y costas, en autos caratulados “BANCO SANTANDER RIO S.A. c. NOCETTI JUAN PABLO s/ ejecutivo”, haciéndose saber que en caso que en el plazo indicado no pague las sumas que reclamadas, ni oponga excepciones, ni constituya domicilio dentro del radio del Juzgado, se designará a la Defensora Oficial en los términos del art. 343 del Código Procesal para que la represente. El auto que ordena el presente dice en su parte pertinente: Buenos Aires, 23 de noviembre de 2009. Atento a las constancias de autos y de conformidad con lo dispuesto por los arts. 145, 146, 147 y 343 del CPC publicase edictos por dos días en el Boletín Oficial y en El Derecho a fin de que dentro de cinco días a partir de la última publicación comparezca el demandado a estar a derecho en los autos bajo apercibimiento de nombrar al defensor oficial para que lo represente. Fdo. Javier J. Cosentino Juez. El presente debe publicarse por dos días en El Derecho. Buenos Aires, 1 de marzo de 2010. Ma. Gabriela Dall'Asta, sec.

I. 23-3-10. V. 25-3-10 28052

SUCESIONES

El Juzgado Nacional en lo Civil N° 55, Secretaría Única, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de MANGIERI ANGELA BLANCA. Publíquese por tres días. Buenos Aires, 25 de febrero de 2010. Olga María Schelotto, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28002

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 45 cita y emplaza por el plazo de treinta días, a herederos y/o acreedores de NELLY LETRATO, a los efectos de hacerles saber que deben comparecer a hacer valer sus derechos. El presente edicto deberá publicarse por tres días en el Boletín Oficial y en el diario El Derecho. Buenos Aires, 11 de marzo de 2010. Andrea Alejandra Imatz, sec.

I. 22-3-10. V. 25-3-10 28042

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 67, a cargo de la Dra. Marcela Eifff, Secretaría Única, a cargo de la Dra. Paula Andrea Castro, cita y emplaza a los herederos y acreedores de LUISA MATILDE GUIDETTI por el término de treinta días a efectos de hacer valer sus derechos. Publíquese por tres días en El Derecho. Buenos Aires, 26 de febrero de 2010. Paula Andrea Castro, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28046

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 39, interinamente a cargo del Dr. Miguel A. Prada Errecart, Secretaría Única, a cargo de la Dra. María Victoria Pereira, con asiento en Av. De los Inmigrantes 1950, Piso 5°, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cita y emplaza por treinta días a los herederos y acreedores de Don FLORES PEDRO LUIS, a los efectos de hacer valer sus derechos. Publíquese por tres días en El Derecho. Buenos Aires, 2 marzo de 2010. María Victoria Pereira, sec.

I. 22-3-10. V. 25-3-10 28041

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 103 a cargo del Dr. Martín A. Christello, Secretaría a mi cargo, sito en la Av. de los Inmigrantes 1950 piso 1°. Cita y emplaza por el término de treinta días a herederos y acreedores de Doña ANA MARIA STANIC a los efectos de hacer valer sus derechos. Publíquese por tres días en el diario El Derecho. Buenos Aires, Marzo 16 de 2010. Fe. Eduardo A. Villante, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28055

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 68 a cargo de la Dra. Silvia Y. Tanzi, secretaria única, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de OTON GUILLERMO KERNWEISS a efectos de hacer valer sus derechos. Publíquese por tres días en El Derecho. Año del Bicentenario. Buenos Aires, 10 de marzo de 2010. Graciela Elena Canda, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28050

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 97 a cargo del Doctor Carlos Alberto Domínguez, Secretaría Única, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de Doña STINZIANI MARIA JOSEFINA a efectos de hacer valer sus derechos. Publíquese por tres días. Buenos Aires, 11 de marzo de 2010. María Verónica Ramírez, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28048

El Juzgado de Primera Instancia en lo Civil N° 46, Secretaría Única de la Capital Federal, cita y emplaza por el término de 30 días a herederos y acreedores de TERG SEBASTIAN MIGUEL. Publíquese por 3 días en El Derecho. Buenos Aires, 02 de marzo de 2010. María del Carmen Kelly, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28053

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 2, Secretaría única, en Talcahuano 490 5°, cita y emplaza por el término de treinta días a herederos y acreedores de ENRIQUE FACUNDO MARTINEZ BARBOSA. Publíquese por tres días. Publíquese en El Derecho. Buenos Aires, 26 de octubre de 2009. Sergio Darío Betchakdjian, sec. int.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28049

El Juzgado de Primera Instancia en lo Civil N° 59, Secretaría Única de la Capital Federal, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de MARÍA MERCEDES WEN a fin de hacer valer sus derechos. El presente deberá publicarse por tres días en el diario El Derecho. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 12 de marzo de 2010. Cynthia R. Holzmann, sec.

I. 23-3-10. 26-3-10 28054

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 74, sito en Avda. de los Inmigrantes 1950, PB, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de JUAN FRANCISCO TREJO. Publíquese por tres días. Este edicto se publicará en El Derecho. Buenos Aires, 4 de marzo de 2010. OS Graciela Susana Rosetti, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28056

El Juzgado de Primera Instancia en lo Civil N° 49, a cargo del Dr. Osvaldo Onofre Alvarez, Secretaría Única a mi cargo, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de PRAPROTNIK EDUARDO CARLOS. Publíquese por tres días en El Derecho. Buenos Aires, 8 de Marzo de 2010. Viviana Silvia Torello, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28057

Juzgado Nacional en lo Civil N° 71, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de JOSÉ DOMINGO OCAMPOS IRAZUSTA y MARGUERITE JEANNE MARIE BALANSA DE OCAMPOS. Publíquese por tres días. Buenos Aires, febrero 23 de 2010. I. Christian R. Pettis, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 3324

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 105, sito en Talcahuano 550, sexto piso, de esta Capital Federal, a cargo de la Dra. Graciela María Amabile Cibils, Secretaría Única, a mi cargo, cita y emplaza a los herederos y acreedores de FELISA ABAL y/o FELISA ABAL SINEIRO, por el término de treinta días, a fin de que comparezcan a estar a derecho. El presente edicto deberá publicarse por tres días en el diario El Derecho. Buenos Aires, a los 17 días del mes de marzo de 2010. Georgina Grapsas, sec. Ad Hoc.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28063

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 89 cita y emplaza por 30 días a herederos y acreedores de Don ADELINO LEIS. Publíquese por tres días en el Boletín Oficial y en el diario El Derecho. Buenos Aires a los días 5 del mes de Marzo del año 2010. Juan Pablo Iribarne, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28068

El Juzgado en lo Civil y Comercial 1 del Departamento Judicial de Morón, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de Doña ZULEMA DEL DUCA y Don MARCELINO OSCAR BREA CRESPO. El presente edicto deberá ser publicado por tres días en el diario El Derecho de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Morón, 10 de marzo de 2010. Sandra Mónica Cacciatore, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28058

Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 51, Secretaría Única, sito en Uruguay 714, Piso 2°, Capital Federal, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de CORRADINO TENNINA, a efectos de estar a derecho. El presente edicto deberá publicarse por tres días en El Derecho. Buenos Aires, 24 de febrero de 2010. María Lucrecia Serrat, sec.

I. 23-3-10. V. 26-3-10 28047

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 72, Secretaría Única, sito en Uruguay 714 6° piso, de esta ciudad, cita y emplaza a herederos y acreedores de VONCINA EDUARDO por treinta días. Publíquese por tres días. Buenos Aires, 16 de marzo de 2010. Daniel H. Russo, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28061

Juzgado Nacional en lo Civil N° 22, Secretaría única, cita y emplaza por el término de treinta días a herederos y acreedores de CANNISA MARIO LEONCIO (exp. n° 14069/2010). Publíquese por tres días en el diario El Derecho. Buenos Aires, 16 de marzo de 2010. Dolores Miguens, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28062

El Juzgado Nacional de 1ª Instancia en lo Civil N° 27 a cargo de la Dra. María I. Lezama, Secretaría única a cargo de quien suscribe, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de la Sra. BECCARIA ORFELINA ANA a efectos de que hagan valer su derecho. El presente deberá publicarse por tres días en el diario El Derecho. Buenos Aires, 9 de marzo de 2010. Soledad Calatayud, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28066

El Juzgado Nacional en lo Civil N° 71 cita y emplaza por el plazo de treinta días a herederos y acreedores de CABELLO JOSE VICENTE y TAYLOR ALICIA a presentarse en autos a fin de hacer valer sus derechos. Publíquese por tres días. Buenos Aires, febrero 24 de 2010. Christian R. Pettis, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28064

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 67, Secretaría Única de esta Capital Federal, cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de STIVALA ANTONIO FRANCISCO. Publíquese por tres días en El Derecho. Buenos Aires, 22 de febrero de 2010. Paula Andrea Castro, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28065

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 35 a cargo del Dr. José Luis Bourmisen Secretaría única a mi cargo, sito en Av. de los Inmigrantes 1950 piso 1° de esta Capital Federal, en autos caratulados “FONSECA, RUBEN s/sucesión ab-intestato”, cita y emplaza a herederos y acreedores de RUBÉN FONSECA por el plazo de treinta días a los efectos de que hagan valer sus derechos. Publíquese el presente edicto por el término de tres días en el Boletín Oficial y en El Derecho. Capital Federal, 26 de febrero de 2010. Gustavo G. Pérez Novelli, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28067

Juzgado Nacional en lo Civil N° 31 cita y emplaza por treinta días a herederos y acreedores de ANGEL RAFAEL PANZA. Publíquese por tres días. Buenos Aires, febrero 8 de 2010. María Cristina García, sec.

I. 25-3-10. V. 29-3-10 28069

El Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 39, cita y emplaza a herederos y acreedores de Don MARCOS RZEZAK por el plazo de treinta días a efectos de hacer valer sus derechos. Publíquese por tres días en El Derecho. Buenos Aires, 17 de marzo de 2010. María Victoria Pereira, sec.

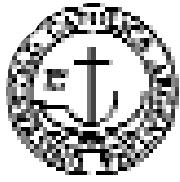
I. 23-3-10. V. 26-3-10 28059

INTERIOR: Bahía Blanca: Notas Jurídicas: Tel. (0291) 4527524 / La Plata: José Panfili Tel./Fax (0221) 155600571 / Mar del Plata: Jorge Rabini Tel./Fax (0223) 154219908

San Nicolás de los Arroyos: Guillermo Darré Tel. (011) 1551365607 / Córdoba: Alveroni Libros Jurídicos (0351) 4217842 / Mendoza, San Juan, San Luis: José Graffigna Tel. (0261) 154670751

Santa Rosa, La Pampa: María M. Cortesini Tel. (02954) 15591461 / S. S. Jujuy: Librería Universitaria Tel./Fax (0388) 4237963 / Santa Fe: Ediciones Jurídicas Contables Tel. (0342) 4598890 - Cel. (0342) 155034031

San Miguel de Tucumán: Bibliotex Tel. (0381) 4217089 / Noreste: Jorge Thea Tel. (0343) 155105411 / Patagonia: Nelson Ramírez Tel. (011) 1550279241 / Rosario: Luis Ruscica Tel. (0341) 155059552



EL DERECHO

Diario de Doctrina y Jurisprudencia

Primer Director: Jorge S. Fornieles (1961 - 1978)

UNIVERSITAS S.R.L.

Tucumán 1436/38 (C1050AAD) Ciudad de Bs. As.

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y VENTAS:

TEL. / FAX: (011) 4371-2004 (líneas rotativas)

E-MAIL: elderecho@el-derecho.com.ar • www.elderecho.com.ar

sentencia del 10/4/2007; íd. Sala D, 3/10/2007, "Ferreira Edgardo Leopoldo c/ BBVA Banco Francés S.A. s/ ordinario"; íd. 5/6/08, "Gaggero, Mercedes Anselma c/ Banco Patagonia Sudameris S.A."; y (ii) que la defensa de prescripción se resolvió a favor de estos últimos pero pudiendo la actora razonablemente haberse creído con derecho a resistirla en razón de la jurisprudencia encontrada que existe en la materia.

La aplicación de las pautas precedentemente indicadas llevaría, en mi concepto, no a distribuir las expensas por su orden, sino a aplicarlas a los demandados en una proporción significativa.

Sin embargo, la falta de agravios de la actora sobre el punto (nótese la manifestación de esta parte sobre las costas expuesta en fs. 876 vta, punto 5, se vinculó a la hipótesis de una revocación que, finalmente, no se presentó), y la necesidad de no provocar una *reformatio in pejus* que afecte a los apelantes, me lleva a propiciar la confirmación de la distribución de las costas por su orden resuelta por la juez a quo.

6º) Lo desarrollado hasta aquí agota el tratamiento de los recursos de apelación interpuestos por los litigantes.

Resta decidir sobre las costas correspondientes a los trabajos de segunda instancia.

En tal sentido, entiendo que es ajustado a derecho decidir lo siguiente:

(a) en el recurso de la parte actora, las costas deben correr por su orden pues, como ya se ha visto, involucró una cuestión opinable de derecho.

(b) cada uno de los demandados cargará con las costas de su propio recurso, teniendo en cuenta que ningún vencimiento han logrado (art. 68 del Código Procesal).

7º) Por lo expuesto, propongo al acuerdo confirmar la sentencia de primera instancia en lo que fue materia de apelación, con costas de alzada de acuerdo a lo indicado en el considerando 6º.

Así voto.

Los señores Jueces de Cámara, doctores *Vassallo* y *Dieuzeide* adhieren al voto que antecede.

Concluida la deliberación los señores Jueces de Cámara acuerdan:

(a) Confirmar la sentencia de primera instancia en lo que fue materia de apelación, con costas de alzada de acuerdo a lo indicado en el considerando 6º.

(b) Diferir la consideración de los honorarios hasta tanto se hayan regulado los de la anterior instancia.

Notifíquese y una vez vencido el plazo del art. 257 del Código Procesal, devuélvase la causa al Juzgado de origen. – *Pablo D. Heredia*. – *Gerardo G. Vassallo*. – *Juan J. Dieuzeide* (Sec.: *Gastón M. Polo Olivera*).

Que resulta necesario delimitar la cobertura de riesgos a cuya contratación se encuentran obligados los Administradores de Consorcio;

Por ello, y en ejercicio de las facultades legales que le son propias:

El director general de defensa y protección del consumidor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dispone:

Art. 1º. A efectos de dar cumplimiento a las obligaciones del Administrador establecidas en el capítulo II de la ley 941 modificada por ley 3254 vinculadas con la cobertura de riesgos, los Administradores deberán acreditar la contratación de:

a) Una póliza integral de consorcio que incluya como mínimo la cobertura de los siguientes riesgos: Responsabilidad Civil Comprensiva Básica más los adicionales de: Incendio, Rayo, Explosión, Descargas Eléctricas, escapes de gas, Carteles, letreros y/u objetos afines, Instalaciones de vapor, Agua Caliente, Ascensores y Montacargas, Contratistas, Guarda y/o depósito de vehículos en garajes a título oneroso o no (según corresponda). Asimismo, también la cobertura referida a la Ley General del Ambiente (art. 22, ley 25.675).

b) Riesgos del Trabajo de la Totalidad de los trabajadores de edificios dependientes de cada uno de los Consorcios que administren. La acreditación de las coberturas indicadas en este artículo deberá efectuarse dentro de los sesenta (60) días de la publicación de esta disposición en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 2º. Los Administradores de Consorcio no podrán contratar ni someter a la consideración del consorcio los presupuestos de provisión de bienes, servicios o realización de obras que no cuenten con la cobertura prevista en el punto g) del artículo 11 de la ley 941 modificada por ley 3254. Respecto de las prestaciones que se encuentren en curso de ejecución y no cuenten con la cobertura indicada, los Administradores deberán exigir la acreditación de su contratación dentro de los sesenta (60) días de la publicación de esta disposición en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 3º. La declaración jurada patrimonial prevista en el art. 12 inciso "e" de la ley 941 modificada por la ley 3254, deberá acreditarse de modo fehaciente ante la autoridad de aplicación antes del 30 de junio de 2010. Cuando el patrimonio neto del Administrador declarado y acreditado, sea inferior a la tercera parte de la sumatoria de las expensas de los Consorcios bajo su administración devengadas durante los últimos doce meses, deberá garantizar, mediante seguro de caución o aval bancario a sus administrados, el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación contractual que los vincula. La suma asegurada de dichas garantías, para cada consorcio, no podrá ser inferior al 33% de la sumatoria de las expensas del mismo devengada durante los últimos 12 meses.

COLUMNA LEGISLATIVA

Legislación Nacional

Boletín Oficial del 16-3-10

Resolución General 568 de marzo 8 de 2010 (CNV). **Bolsas y Mercados**. Títulos Valores. Régimen especial para la constitución de Fondos Comunes de Inversión para Proyectos Productivos de Economías Regionales e Infraestructura. Artículo 47 del Capítulo XI –Fondos Comunes de Inversión– y artículo 21 del Capítulo XII –Fondos Comunes Cerrados– de las Normas N. T. 2001. Incorporación.

Legislación de la Provincia de Buenos Aires

Boletín Oficial del 12-3-10

Resolución Normativa 15 de febrero 23 de 2010 (AR). **Impuestos**. Deuda Pública. Contribuyentes que realicen su acogimiento a los regímenes de regularización previstos en las Resoluciones Normativas 90/2009, 91/2009 y 92/2009, y sus prórrogas, a partir del 1º de marzo de 2010. Cancelación de deudas impositivas con Bonos de Cancelación de Deudas de la Provincia de Buenos Aires autorizados por Ley N° 14.062 y aprobados por Decreto N° 2789/2009. Remisión. Deudas comprendidas. Modalidad de pago. Condición para formular acogimiento. Cuenta comitente. Tenedor. Concepto. Solicitud de parte. Declaración jurada. Formalización del acogimiento. Transferencia de los bonos. Remanente en efectivo. Liquidación. Valor técnico de los bonos. Oportunidad para formular el acogimiento. Carácter del acogimiento. Caducidad del régimen. Causales especiales.

Boletín Oficial del 15-3-10

Resolución Normativa 19 de marzo 1º de 2010 (AR). **Impuestos**. Impuesto Inmobiliario. Modificación durante el ejercicio fiscal en curso de la cantidad de cuotas que correspondan al pago. Cambio en la clasificación catastral del inmueble y en las características de las parcelas. Monto. Cálculo. Falta de pago. Efectos.

Próximamente en nuestros boletines EDLA.

Art. 4º. Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y comuníquese a la Subsecretaría de Atención Ciudadana. Cumplido, archívese. – *Gallo*.

NORMATIVAS

CABA - Disposición 6013/09 - DGDYPC - Delimita la cobertura de riesgos a cuya contratación se encuentran obligados los administradores de consorcio

Publicada en B.O. (CABA) 18-12-09.

Buenos Aires, 10 de diciembre de 2009.

Visto: La ley 941 y su modificatoria ley 3254 y el decreto 706/03;

Considerando:

Que la ley 941 y su modificatoria 3254 crearon el Registro Público de Administradores de Consorcio de Propiedad Horizontal;

Que en las mismas normas se establecieron las distintas obligaciones a cargo de los Administradores de Consorcio y entre ellas la de acreditar la cobertura de riesgos relacionados con los administrados y con su actividad;

Que el art. 1º del decreto 706/03, reglamentario de la ley 941, faculta al Director General de la Dirección General de Defensa y Protección del Consumidor a dictar las normas instrumentales e interpretativas necesarias para la correcta instrumentación y Aplicación de las normas mencionadas;



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

FACULTAD DE DERECHO

Departamento de Posgrado y Extensión Jurídica

CURSO DE POSGRADO EN DERECHO DEL SEGURO

Fecha de Inicio: 6 de mayo

Duración: De mayo a octubre

Objetivo: Lograr que el profesional alcance el máximo nivel de conocimientos en cada uno de los temas, abordando la totalidad de los aspectos y materias que hacen al Derecho del Seguro con el apoyo de los profesores con un alto grado de especialización.

La visión desde la cual se dictará el curso es la del abogado especialista en la materia.

Los grandes capítulos a tratar son los siguientes:

- El contrato de seguro en general
- Seguro de responsabilidad civil
- Seguros de caución y crédito
- Otros tipos de seguro en la órbita patrimonial
- Seguros de retiro, vida y salud
- Sistema de riesgos de trabajo
- El contrato de reaseguro
- Control estatal en materia de seguros y reaseguros

Informes e inscripción: Departamento de Posgrado, Facultad de Derecho, UCA, Edificio San José, Av. Alicia Moreau de Justo 1600, Puerto Madero, Tel. 4338-0727/0656/0819 (Sr. Sebastián Colman)

E-mail: sebastian_colman@uca.edu.ar

Director:

CARLOS A. ESTEBENET

Profesores:

EMILIO H. BULLO

ALEJANDRO CANALE

JUAN P. CHEVALLIER BOUTELL

GONZALO DABINI

GUILLERMO DÍAZ

CARLOS A. ESTEBENET

EDUARDO GONZÁLEZ

DANIEL B. GUFFANTI

ALEJANDRO KOZACZYNSZYN

JOSÉ L. MARCÓ

CARLOS MARIN RODRÍGUEZ

MARTÍN D. MANZANO

RAMÓN MASSOT

MARTÍN MELANO PAZ

ANDREA A. NESSI

LUIS PENNINO

FERNANDO P. RESTELLI

DANIEL A. RUSSO

DIEGO C. SANCHEZ

JAVIER A. SANTIÈRE

EDUARDO TORIBIO