

// En la ciudad de Mar del Plata a los 9 días del mes de Febrero de 2015, reunida la Excelentísima Cámara de Apelación en lo Civil y Comercial, Sala Segunda, en acuerdo ordinario a los efectos de dictar sentencia en los autos: “**CABRAL, Dina Florentina c. Caja de Seguros S.A. s. Cumplimiento de contrato**”. Habiéndose practicado oportunamente el sorteo prescripto por los artículos 168 de la Constitución de la Provincia y 263 del Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial, resultó del mismo que la votación debía ser en el siguiente orden: Dres. Roberto J. Loustaunau y Pedro D. Valle.

El Tribunal resolvió plantear y votar las siguientes:

CUESTIONES

- 1) ¿Es justa la sentencia apelada?
- 2) ¿Que pronunciamiento corresponde dictar?

A la primera cuestión el Sr. Juez Dr. Roberto J. Loustaunau dijo:

I: En la sentencia que obra a fs. 485/489, el Sr. Juez de primera instancia rechazó la demanda por cumplimiento de contrato y daños y perjuicios entablada por Dina Florentina Cabral contra la Caja de Seguros S.A., le impuso las costas y reguló los honorarios profesionales.

Para decidir de tal modo, el Sr. Juez consideró que la actora asegurada no había dado cumplimiento oportuno a la carga de denunciar el siniestro, bien sea ante su empleadora - tomadora del seguro - o directamente ante el asegurador, y que en consecuencia, por imperio del art. 47 que cita a fs. 489, debía rechazarse la pretensión deducida.

Expresamente el A quo señaló que la accionante no invocó hecho alguno que pudiera configurar una eximente legal del cumplimiento de esa obligación, “...no refirió haber hecho presentación alguna ante su empleadora ni ofreció prueba al efecto. Únicamente insinuó la realización de reclamos extrajudiciales ante la aseguradora (fs. 68 pto.II, antecedentes) que tampoco acreditó (arg. art. 375 del CPC)...” (fs. 488 vta.), para más adelante advertir que ello impidió a la aseguradora designar facultativos que pudieran evaluar la incapacidad aludida por la actora (fs.489).

II: Apeló la actora a fs.489/95, y el recurso que le fue concedido en relación a fs.511 no fue respondido.

Los agravios, en apretada síntesis son los siguientes:

a) Considera contradictorio que el Sr. Juez encuadre el contrato como una relación de consumo, para luego “trasladar una carga al consumidor (esto es, realización de la denuncia del siniestro ante la Compañía de Seguros)”, siendo que se parte del incumplimiento de la aseguradora consistente en no entregar un ejemplar de la póliza al asegurado. Tal entrega debe ser probada por la demandada, su incumplimiento viola el deber de información, necesario para que el consumidor tenga pleno conocimiento de la contratación realizada y los pasos a seguir en los supuestos de existencia de siniestros (fs. 490 vta.), e importa un desplazamiento de la carga de la prueba. De ello, no se hace mención alguna en la sentencia.

b) Entiende que su parte ha dado cumplimiento a la carga de denunciar el siniestro al ponerlo en conocimiento del empleador, y que ello surge de la historia clínica obrante entre fs. 302 y 416, y del hecho de que se le brindó a la trabajadora la atención médica pertinente por parte de la ART.

Señala que el Hospital Privado de la Comunidad tenía pleno conocimiento del accidente padecido por la actora, y es quien debió informar a la aseguradora el acaecimiento del siniestro, por lo que su omisión constituye una circunstancia ajena al asegurado “quien resulta ser un tercero en esa relación y no puede verse perjudicado por tal motivo” (textual de fs.492 vta.).

Insiste en que la falta de entrega de la póliza a su mandante impidió que ésta tomara conocimiento de la carga que se dice incumplida, pues no sabía como proceder en caso de accidente

En su tercer agravio, la apelante entiende que el Sr. Juez funda su sentencia en las cláusulas del contrato de seguro, desconocidas por su mandante, a más de predisuestas por la aseguradora, desiguales y abusivas.

c) Finalmente, se agravia de la imposición de costas en razón de lo dispuesto por el art. 25 de la ley 13.133.

III: Entiendo que el recurso debe progresar.

III.1: En forma previa y para garantizar el derecho constitucional de la demandada, con base en lo que la doctrina denomina “apelación implícita o adhesiva” (Hitters Juan C., “Técnica de los recursos ordinarios”, Ed. Platense 2004, pág. 437), corresponde ingresar en el análisis de la defensa de

prescripción opuesta por la aseguradora y rechazada en la sentencia a fs. 486 vta.

La caracterización del contrato de seguro como contrato de consumo, dentro de las previsiones de los tres primeros artículos de la ley 24.240, fue puesta en duda tiempo atrás, y actualmente se encuentra admitida por la generalidad de la doctrina y jurisprudencia.

Luego de una rápida evolución que reflejó opiniones como la que recuerda la demandada a fs. 86-91 vta., tanto una como otra se inclinaron por incluir dentro de los contratos de consumo al seguro, salvo aquellos contratos de seguro en los que el tomador o el beneficiario no sea consumidor, o destinatario final (Compiani María Fabiana en “Ley de defensa del consumidor” anotada y comentada directores: Picasso- Vazquez Ferreira, Ed. La Ley tº II, p.438 Bs.As.2009).

Los efectos que la aplicación de la ley de defensa del consumidor provoca son, entre otros, los siguientes: **a)** la interpretación del contrato no solo habrá de estar regida por las normas generales relativas a la buena fe, o la interpretación contra el predisponente, sino por las específicas del contrato de seguro como lo son la literalidad estricta del riesgo asumido y la aplicación del art. 158 de la ley 17.418; **b)** las cargas impuestas al asegurado, como las exclusiones de cobertura deben ser razonables; **c)** rige el favor consumidor en cuanto a la selección de la norma aplicable (art. 3 ley 24.240) y al momento de interpretar el contrato (art. 37 LDC), el deber de información (art. 4 LDC y 924, 925, 931, 933 Cód.Civil) en las distintas etapas del contrato, las normas sobre cláusulas abusivas cuya aprobación por parte del organismo de control no las eleva al plano legislativo, y se encuentran sometidas al control judicial (“SCMdza Rojas c.Huarpe” DJ 1989-2 , 384), la posibilidad de aplicar daños punitivos, y la norma más favorable al consumidor en materia de prescripción (art. 50 LDC) (Compiani, ob. y páginas cit.; esta Sala II, exped. N°153.164, “Basso Pedro c. Maciel Miguel y otros s. Daños y perjuicios”, sent. del 2-7-2013, R154-S F°661/66).

La actora adujo que el siniestro se produjo el 17-9-2008, fecha corroborada por la constancia de la historia clínica a fs. 381, y por la indicada en el expediente tramitado por ante la Supertintendencia de Riesgos del Trabajo a fs. 269. La demanda fue iniciada el 1 de septiembre de 2010, antes de que transcurriera el plazo de tres años previsto por el art. 50 de la ley 24.240 reformada por ley 26.361, vigente desde el 7 de abril de 2008, y por ende, aplicable al caso (arts. 3 del C.C.; Stiglitz Rubén y Compiani María Fabiana, “La prescripción en el contrato de seguro y la ley de defensa del consumidor”, en LL-2009-B-830, diario del 26-2-2009; Alterini Atilio Aníbal, “Las reformas a la ley de defensa del consumidor. Primera lectura, 20 años después”, en Suplemento La Ley, “Reforma a la Ley de Defensa del Consumidor”, Director Roberto Vázquez Ferreyra,

abril 2008), con el consiguiente efecto interruptivo de la prescripción en curso (art. 3986 del C.C.).

El fallo de esta Sala citado por la demandada a partir de fs. 87 fue dictado con fecha 24 de mayo de 2007, con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley 26.361, cuando aún estaba en discusión si el plazo de prescripción establecido por el art. 50 de la ley 24.240, estaba dirigido únicamente a las acciones y sanciones administrativas que ella contemplaba, o incluía también a las judiciales.

Su aplicación es improcedente en este expediente, por resultar diferentes las circunstancias fácticas y el derecho vigente al momento del dictado de la sentencia.

III.2: La caracterización del contrato de seguro como relación de consumo sólo genera escasas colisiones normativas entre la Constitución, la ley 24.240 y la ley 17.418 (Piedecabras Miguel, "Consumidor y seguros" RDPyC 2012-1, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe 2012, p.167), y entre ellas no encuentro alguna que permita alterar la carga legal de denunciar el siniestro, impuesta en una norma cuyo conocimiento – como el de toda ley - se presume (art.46 ley 17.418; art.20 C.Civil), salvo aquellos supuestos en que exista una modificación convencional admitida por la ley (art. 158 primer párrafo de la LS).

Sobre la necesidad de hacer conocer al consumidor sus derechos y deberes impuestos legalmente, pese a la ficción que permite presumir que la norma es conocida por todos, pueden presentarse algunas dudas en razón de la integridad del deber de información que – no obstante la modificación efectuada por la ley 26.361- debe ser eficaz, detallada y veraz (Lovece, Graciela, "El derecho a la información de consumidores y usuarios como garantía", en RDPyC, 2009-1 p 474 Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2009) . Tal vez influya allí el escaso cumplimiento de los arts. 60 y siguientes de la ley 24.240 respecto a la educación y formación del consumidor.

No obstante, sea la carga de denunciar el siniestro legal o contractual, tiene por fin colocar al asegurador en condiciones de verificar si el siniestro denunciado corresponde a un riesgo cubierto, tomar medidas conservatorias urgentes y recoger elementos probatorios, controlar las circunstancias en las que se produjo y entre ellas la conducta del asegurado, verificar la gravedad del daño a su cargo, establecer la procedencia de la acción de pago por subrogación (art.80 ley 17.418) contra terceros responsables, evitar fraudes, preparar la liquidación técnica mediante peritos, y suspender una prescripción en curso. Ello con independencia de que a partir de la denuncia, se

ha de computar el plazo del art. 56 para que el asegurador se pronuncie sobre los derechos del asegurado (Stiglitz, Rubén S., "Derecho de seguros", Ed. La Ley, Bs.As.2005, Tomo II, págs. 194 y 195).

III.2.1: La falta de información no ha sido alegada en función de la comunicación del siniestro al empleador, sino al asegurador. La apelante invoca haber denunciado el siniestro a su empleadora, con lo cual declara haber cumplido el contrato del que no había sido debidamente informada.

En este sentido, la negativa relativa a que la actora no haya recibido la póliza formulada por la aseguradora demandada a fs. 91 vta. (punto III), es contradictoria con sus propias afirmaciones a fs. 92 vta. (punto IV), donde alega que el original de la póliza se encuentra en poder del tomador (HPC), ya que el de seguro "es el único contrato que no requiere doble ejemplar".

También con el articulado de la póliza, que en su art. 5 establece que luego de cada admisión la Caja remitirá al contratante un certificado de incorporación para que se lo entregue al asegurado (fs. 225), y en el art. 8 que la Caja emitirá a nombre de cada asegurado un certificado individual "en el que constará los beneficios a que tiene derecho como asimismo, aquellos datos que se consideren necesarios" (fs. 226).

La latitud de los términos y la falta de prueba sobre el cumplimiento del deber de emitir el certificado individual para cada uno de los integrantes del colectivo asegurado, previsto en un contrato cuya existencia y vigencia ha sido expresamente reconocida (fs. 92 vta. primer párrafo), permite juzgar incumplido el deber de información antedicho.

III.2.2: La demandada imputa a la actora el incumplimiento de la carga de denunciar el siniestro a fs. 92: "... *jamás realizó la denuncia del supuesto siniestro ante la Cía. de acuerdo a las pautas que fija la póliza (denuncia del siniestro a través de su empleador)*", y a fs. 95 vta. y 96: "... *ha incumplido con la única carga que pesa sobre ella, **cual es la de denunciar el siniestro al tomador dentro de los plazos establecidos por la ley 17.418 en sus arts. 46 y 47... el siniestro nunca ha sido denunciado ni al tomador del seguro ni a la Caja de Seguros S.A...***".

El planteo fue receptado por el sentenciante, quien luego de señalar las características del seguro de vida colectivo, concluye que entre las obligaciones del tomador, no incluye la carga de denunciar el siniestro que por su naturaleza, "incumbe al asegurado" (resaltado en negrilla a fs. 487 vta.).

La defensa ensayada y el fallo no tienen en cuenta que el contrato obrante en autos ha modificado la carga del art. 46 primer párrafo a favor del asegurado como lo permite la ley (art.158 LS), **al imponerla al tomador del seguro**, tal como consta en el inciso e) del art. 20 de las condiciones generales (fs. 48 y 232), y art.10 de la cláusula 820 (fs. 54 y 246), ante quien el asegurado debe a su vez, denunciar la incapacidad conforme el art. 9 ap.1 de la cláusula 820 (fs.54 y 245).

En consecuencia, la defensa de la aseguradora al respecto, invocando la ley, no es procedente y la actora sólo debió hacer saber el siniestro al empleador y probar tal notificación.

III.2.3: ¿Está acreditada la denuncia al tomador?

Reitero que la apelante critica la sentencia sosteniendo haber cumplido su obligación de denunciar el siniestro ante su empleadora.

Esa prueba no surge, a mi modo de ver, de las 113 hojas de la historia clínica del Hospital Privado de la Comunidad que es su empleador (fs. 303-416) y del CD de fs. 302, como sostiene la apelante a fs. 492 vta., sin indicar las fojas específicas a las que se refiere y más allá de que su lectura permite encontrar referencias concretas a la “caída” que originó el siniestro (fs. 381) y a los tratamientos y estudios realizados a partir de ahí.

La compleja revisión de una historia clínica de difícil lectura, que no guarda un orden cronológico, y que abarca distintos períodos de la vida de la actora, no muestra ninguna comunicación como la que se requiere para tener por cumplida la carga de denunciar el siniestro, frente a la tomadora del seguro y empleadora.

Según explica Stiglitz (ob. cit, pág. 196), la denuncia del siniestro requiere una declaración de la asegurada aquí actora, sincera, clara y real sobre como aconteció el hecho, realizada sucintamente; la información que se le requiere es de tipo elemental y esquemática, sin demorar en detalles excesivos ni apreciaciones complejas “que son más bien a cargo del asegurador en el posterior momento en el que, con sus medios organizados y tecnificados, concurrirá a establecerlos”.

Tampoco ha acompañado una comunicación a su empleadora de otro tipo.

III.2.3.1: Distinta es la relevancia que, a mi entender, tienen los recibos de sueldo agregados a fs. 12-16 y las actuaciones ante la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, a los fines de acreditar el efectivo conocimiento del siniestro por parte del tomador-empleador que tenía la carga convencional de denunciarlo a la aseguradora (art. 20 inc. e) de la condiciones generales y art. 10 de la cláusula 820 de fs. 232 y 246 respectivamente, ya mencionados).

a) La negativa genérica formulada a fs. 91 vta. por la demandada, respecto a la autenticidad “de los documentos traídos en apoyo de las pretensiones de la actora”, no alcanza a desvirtuar su valor probatorio por cuanto fueron agregados con la demanda para acreditar la contratación del seguro y el pago por medio del descuento en el recibo de haberes (fs. 67 vta. , punto II, cuarto párrafo). La relación contractual fue expresamente reconocida por la aseguradora (fs. 92 vta.), por lo que el agregado de los recibos para probar la existencia del contrato de seguro no ha sido controvertido.

Incorporados al expediente, advierto que en el correspondiente al mes de octubre de 2008 (fs. 16), se le liquidó bajo el código 78 el rubro “Acc. de Trabajo A/C Empleador”, y bajo el código 80 “Acc. de Trabajo A/C A.R.T.”

Si el accidente de trabajo se produjo el 17 de septiembre de 2008, el hecho de que en el mes de octubre ya le hayan abonado las indemnizaciones correspondientes, demuestra que el empleador estaba notificado y que cumplió su deber legal de denunciarlo a la ART en forma inmediata (art. 31 inc. 2 ap. c) de la ley 24.557 y art. 1 de su decreto reglamentario 717/96).

b) De las constancias del expediente remitido en copia por el Ministerio de Trabajo de la Nación y agregado a fs. 273-260, surge como “fecha iniciación trámite ART: 20/07/2009”, y el ingreso en la Comisión Médica, para determinar el “**carácter definitivo de las ILP**”, el 3 de agosto de 2009 (fs. 264).

Entiendo que la actuación de la Comisión Médica se produce en los términos del art. 10 inc. b) del decreto 717/96 por divergencias del trabajador con la ART en relación a la situación de incapacidad laboral temporaria (ILT) o permanente (ILP).

Ese trámite nunca pudo haberse cumplido sin la intervención del empleador, el Hospital Privado de Comunidad, de conformidad a las disposiciones de los arts. 6 inc. 2 b ap. ii), 31 inc. 2 ap. c) y 43 de la ley 24.557, y art. 1 del decreto reglamentario 717/96, que le imponen la obligación

legal de denunciar “... a la ART y a la SRT los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos” (art. 31 inc. 2 ap. c) de la ley 24.557). En el expediente administrativo agregado, se indica “efectuada la correspondiente denuncia” (fs. 269).

El diagnóstico de atención con que se inicia el expediente es “Tx en hombro cintura **columna**” (fs. 265, el resaltado me pertenece), para evaluar, reitero, el carácter definitivo de la ILP (“incapacidad laboral permanente” según la terminología del art. 9 de la ley 24.557). El art. 12 del decreto 717/96 establece que las solicitudes de intervención relacionadas con un daño psicofísico o enfermedad o con el tipo, carácter y grado de la incapacidad, deben ser suscriptas por profesionales de la salud idóneos.

El tratamiento que se le efectuó duró desde el 17-9-2008 hasta la fecha del alta y cese de lo que hasta entonces era una “I.L.T.” (fs. 268).

El dictamen fue producido el 2 de diciembre de 2009, en relación al “miembro superior hábil derecho” (fs. 267), otorgándole una incapacidad laboral permanente y definitiva en él del 18,61 %, con diagnóstico de “traumatismo de hombro derecho”.

No obstante, al describir el siniestro, a fs. 268 la Comisión indica que la trabajadora cuenta que en momentos en que desarrollaba sus tareas habituales, se cayó de una silla con ruedas hacia atrás, “**provocándose traumatismo dorso lumbar** y de hombro derecho. Posteriormente fue atendido por prestador de la ART, quien le brindó las atenciones correspondientes hasta el Alta Médica el 20-7-2009” (la negrilla no es original).

Y en las conclusiones, a fs. 269, determinó “*Que las patologías evidenciadas en los estudios realizados: RNM DE COLUMNA LUMBAR (16-5-2009), SIGNOS DE ARTROSIS MODERADA CON ESPONDILOLISTESIS GRADO I EN L4 L5, DONDE SE OBSERVA LEVE ESTENOSIS DEL CANAL –A ESTE NIVEL SE ADVIERTE ADEMÁS PROTRUSIÓN POSTERO LATERAL FORAMINAL DERECHA DE MATERIAL DISCAL COMPATIBLE CON HERNIA, corresponden a enfermedad de carácter inculpable, no relacionada con el siniestro que motiva las presentes actuaciones y que puede ser resuelta por su obra social o ente público si el trabajador lo considera conveniente*” (mayúsculas en el original).

La resolución de la Comisión Médica debe ser notificada a todas las partes interesadas en el domicilio que deben constituir en su primera presentación, dentro de los cinco días de emitidas (arts. 12 segundo párrafo y 21 del decreto 717/96).

III.2.4: Demostrado el conocimiento que tuvo del siniestro, el Hospital Privado de Comunidad como tomador del seguro debió cumplir dentro de las 72 horas de recibida la denuncia del asegurado, con la carga que convencionalmente le había sido impuesta en el inc. e) del art. 20 de las condiciones generales y art. 10 de la cláusula 820 de la póliza. Ningún plazo se establece en ella para el cumplimiento de la carga del asegurado (art. 9 de la cláusula 820).

El contratante-tomador no podía desconocer que el inc. 1 del art. 9 de la cláusula adicional 820 establecía que los plazos del contrato y de la ley de seguros comenzarían a computarse a partir del momento en que se verificara la recepción de la denuncia ante el asegurador. La actora en cambio no tuvo en su poder la póliza para enterarse de la existencia de esta cláusula.

Stiglitz (ob. cit., Tomo II, pág. 193), señala que *“la carga queda ejecutada con la denuncia del acaecimiento del siniestro, aún cuando luego se verifique que el evento no importa técnicamente siniestro, ya que solo lo es (a) el acontecimiento que previsto en el contrato, haya causado un daño patrimonial al asegurado, (b) individualizado como riesgo contractual, (c) producido dentro del período de duración del contrato y que no se halle excluido de cobertura”*.

La reglas generales del onus probandi que el sentenciante consideró incumplidas (fs. 488 vta., segundo párrafo), no son a mi modo de ver aplicables, por cuanto si bien ellas indican que la prueba de la denuncia del siniestro está a cargo del asegurado, en este caso, reitero, no puede pasarse por alto que estaba convencionalmente liberado de efectuar la denuncia a la aseguradora, porque la carga se había impuesto al tomador del seguro de vida colectivo.

Como especie del seguro por cuenta ajena o de tercero indeterminado, las partes en el seguro contratado por el HPC, fueron éste como tomador o contrayente y la aseguradora. Hasta su incorporación, el asegurado-beneficiario tiene el carácter de tercero ajeno a la creación del contrato (“asegurable” en los términos de las condiciones particulares a fs. 219).

La condición de sujeto pasivo de cargas sustanciales como la denuncia del siniestro (art. 46 LS), “incumbe a quien sea titular del interés asegurable al tiempo en que las referidas cargas deban ser observadas. En consecuencia, hasta tanto esté determinada la figura del asegurado-beneficiario deberán ser ejecutadas por el tomador” (Stiglitz, ob. cit., Tomo I, pág. 196).

La actora ya era titular del interés asegurable al momento en que se produjo el accidente, pero en el contrato en estudio, hubo un apartamiento convencional de esas reglas genéricas, porque se pactó válidamente (art. 158 LS) que la carga de la denuncia permaneciera en cabeza del tomador, aún luego de la incorporación de los “asegurables” al grupo.

Esta operatoria convencional era perfectamente conocida por la aseguradora, y así lo evidencia en la contestación de demanda, cuando a fs. 92 expresó: “*Sí es cierto que la actora jamás realizó la denuncia del supuesto siniestro ante la Cía. de acuerdo a las pautas que fija la póliza (denuncia del siniestro a través de su empleador)*”.

Y a fs. 95 vta. y 96, cuando afirmó: “... *la actora ha incumplido con la única carga que recae sobre aquella, **cual es la de denunciar el siniestro al tomador** dentro de los plazos establecidos por la ley 17.418 en sus arts. 46 y 47, debe tenerse presente que el siniestro nunca ha sido denunciado ni al tomador del seguro ni a la Caja de Seguros S.A...*”.

Las constancias del expediente demuestran, por el contrario, que la denuncia al tomador –empleador fue realizada y en forma inmediata a la producción del accidente.

III.2.4.1: Incumplida la carga convencional del contratante- tomador, consistente en : “*Remitir a la Caja la correspondiente denuncia de siniestro en tiempo y forma, conforme lo establecido en el artículo 46 de la Ley de Seguros*” (art. 20 inc. e) de las condiciones generales), la consecuente sanción que la ley prevé en el art. 47 de la LS, no puede aplicársele automáticamente al asegurado cuya conducta no estaba convencionalmente alcanzada por esas previsiones legales (art. 9 de la cláusula adicional 820; art. 158 LS).

La caducidad que deriva de ese régimen legal le resulta, por ende, inoponible.

La cláusula que impuso al tomador la carga de denunciar el siniestro a la aseguradora en los términos del art. 46 de la LS, en un contrato donde las figuras de tomador y asegurado recaen en distintas personas,

es plenamente válida entre partes, pero no puede producir los mismos efectos – indirectos- por incumplimiento frente al asegurado que cumplió en tiempo y forma con la carga que le competía (Rivera Julio César, “Instituciones de Derecho Civil. Parte General”, Ed. Abeledo Perrot, Bs. As. 2010, Tomo II, pág. 686).

La denuncia directa al asegurador no estaba predispuesta en la póliza como carga del asegurado-empleado, y por ende, la caducidad se debe interpretar restrictivamente, a favor de la subsistencia del derecho del asegurado a la indemnización prometida (arts. 3 y 37 de la ley 24.240).

Cuando en el contrato no se ha estipulado sanción para el incumplimiento – y el citado art. 9 de la cláusula adicional 820 nada establece-, no puede aplicarse extensiva y analógicamente la sanción legal de caducidad del art. 47 LS, que, de por sí algunos autores califican como “desmesurada” (Stiglitz, ob. cit., Tomo II, pág. 118), o “desproporcionada e irrazonable” (Piedecasas Miguel, ob. cit., pág. 166).

Entiendo que tampoco resulta aplicable el régimen especial de las caducidades convencionales establecido en el art. 36 de la LS, previsto para aquellos casos en que la ley no se haya determinado el efecto del incumplimiento de una carga impuesta al asegurado. No ha habido un convenio sobre caducidad entre las partes; de haber existido sólo podría haber sido modificado a favor del asegurado (art. 158-3 LS; Stiglitz, ob. cit., Tomo II, pág. 127), y tratándose de cargas posteriores al siniestro, la liberación del asegurador sólo podría producirse si el incumplimiento hubiera influido en la extensión la obligación asumida (art. 36 inc. b) de la LS).

III.2.5: Incumbe al asegurador la prueba de que la carga no ha sido observada en el término establecido legal o convencionalmente o con las modalidades predispuestas en razón de tratarse de un presupuesto de hecho en el que habrá de fundar su defensa o excepción (Stiglitz, ob. cit., Tomo II, pág. 114 y 115).

El apoderado de la aseguradora reconoció expresamente al contestar la demanda que su mandante “toma conocimiento de la “supuesta” incapacidad que alega padecer la Sra. Cabral *cuando es notificada de una denuncia iniciada por ante la Dirección de Defensa del Consumidor, la cual es notificada a su parte con fecha 07/04/10 tal lo que se desprende de la cédula respectiva que se acompaña al presente*” (fs. 95 vta. punto V, el resaltado me pertenece).

Si se analiza el expediente administrativo correspondiente a la denuncia de la actora, agregado a fs. 116-187, surge del

acta de la audiencia celebrada el 12 de abril de 2010, que el abogado de la denunciada sólo planteó la incompetencia de la Oficina municipal para intervenir, y en el escrito que en ese acto agregó, planteó a fs. 153 vta. en el punto 3.2. la prescripción del reclamo y manifestó que la actora no había realizado la denuncia.

En octubre de 2010, al interponer recurso de reconsideración contra la resolución que le impuso a la compañía una multa de \$ 90.000 (fs. 159-162), desarrolló las mismas defensas, y a fs. 178 se ocupó de controvertir la incapacidad de la denunciante, afirmando que no reunía la exigida por el art. 1 de la cláusula 820.

A partir de fs. 172 vta. el escrito es casi idéntico al de contestación de demanda, y por ende, reconoce allí también a fs. 181 la circunstancia de la toma de conocimiento de la incapacidad, aunque alega que no ha demostrado que sea total y permanente y que se trate de un riesgo cubierto por la póliza (fs. 181 vta.). Para el caso de que la denunciante demostrase su incapacidad, señaló que el monto de capital asegurado era de \$ 47.592,40 desconociendo el origen de los montos reclamados.

III.2.5.1: Tanto el expediente ante la Dirección del Consumidor como la demanda se iniciaron con la copia del trámite de intervención de la Comisión Médica en el marco de las normas de la ley 24.557 y su decreto reglamentario (fs. 6-11 y 30-35 respectivamente). Con la demanda se agregaron también los recibos de sueldo analizados.

Una lectura atenta de tales constancias le hubiera permitido advertir a la demandada que el incumplimiento que le estaba imputando a la actora no era tal, y que para **pronunciarse adversamente** sobre sus derechos como asegurada, debía ensayar otras defensas.

Las normas vigentes que resultan aplicables (leyes 26.361, 24.557 y 17.418), no pueden ser desconocidas (arts. 20 y 923 del C.C.), como tampoco las cláusulas convencionales válidamente introducidas en las condiciones generales y en una cláusula adicional específica de un contrato de tipo normativo como es el de seguro (Messineo Francesco, "Manual de Derecho Civil y Comercial", Ediciones Jurídicas Europa-América, Bs. As. 1971, pág. 546).

La presentación de la aseguradora ante la Dirección General de Defensa del Consumidor y Protección de los Consumidores, se produjo el 12 de abril de 2010, luego de la notificación de fecha 7 de abril de

2010 en que admite haber tomado conocimiento de la incapacidad (ver cédula de fs. 127 con la que se acompañó copia del reclamo).

La única referencia a que la denunciante no había realizado “la denuncia pertinente ante la Cía.” (fs. 153 vta., punto 3.2. segundo párrafo), se limitó a eso, una simple manifestación, a la que agregó que por esa razón desconocía toda la documentación adjuntada con el escrito de denuncia, es decir las constancias del expediente tramitado por ante la Comisión Médica.

Stiglitz (ob, cit., Tomo II, pág. 249), sostiene que para hacer valer la caducidad como consecuencia de la ausencia de denuncia, de la declaración tardía o de la falsedad incurrida por el asegurado en la ejecución de la carga, *“el asegurador deberá hacérsela saber al asegurado en el marco del pronunciamiento acerca de los derechos del último y evitar así el efecto que derivaría de su omisión”*.

Una vez que tomó conocimiento -7 de abril de 2010- contaba con el plazo de 30 días establecido por el art. 56 de la LS para objetar que no hubo denuncia por parte del obligado –tomador-, y pretender hacer valer la caducidad del art. 47 de la LS. Idéntico plazo establece el art. 11 de la cláusula adicional 820 de la póliza agregada a fs. 246.

El retardo por sí solo, indica el autor que vengo siguiendo, *“no implica la pérdida del derecho del asegurado”* (ob. cit., Tomo II, pág. 250), *“y es aquí donde se hace operativa la carga impuesta al asegurador por el artículo 56 LS, en cuanto le impone un plazo para pronunciarse...”*. A los fines de que cobre virtualidad la caducidad prevista por el art. 47 de la ley, concluye que *“es ineludible una declaración del asegurador afirmando no sólo el incumplimiento de la carga informativa en el plazo previsto, sino, además, la pérdida del derecho del asegurado como consecuencia de la mora incurrida”* (ob. cit., pág. 252).

Ese pronunciamiento adverso no se produjo en término porque fue recién el 12 de octubre de 2010 cuando la demandada invocó los arts. 46 y 47 de la ley 17.418 en el expediente administrativo (fs. 181 y cargo de fs. 187 vta.), y el 5 de octubre del mismo año en la contestación de demanda (fs. 96 y cargo de fs. 100 vta.); es decir, cuando habían transcurrido largamente los treinta días para pronunciarse desde la fecha en que, como quedó reconocido, había tomado conocimiento de la incapacidad, el 7 de abril de 2010.

Tomo esa fecha como inicio del cómputo porque la aseguradora prescindió de requerir la información complementaria prevista en el

art. 46-2 de la LS o prueba instrumental en poder del asegurado (art. 46-3 de la LS).

Al no producirse la alegación del retardo en la ejecución de la carga y el pronunciamiento adverso correspondiente dentro del plazo previsto por la ley, la omisión “importa aceptación” (arts. 15 y 56 de la LS, y art. 11 tercer párrafo del art. 11 de la cláusula adicional 820).

III.2.5.2: La toma de conocimiento del siniestro reconocida por la aseguradora, y el sistema previsto legal y convencionalmente para pronunciarse sobre los derechos del asegurado, quita toda relevancia a las conclusiones de la pericia contable en la que a fs. 215 se indica que no se radicó denuncia de siniestro ante la aseguradora y por ende, no hay expediente de siniestro, pero en la misma respuesta al punto 7, se lee que *“la empresa se informa del mismo a través de la denuncia formulada ante defensa del consumidor”*.

La carga de denunciar que pesaba sobre el tomador fue incumplida, pero ello no implica que la aseguradora no hubiera tomado conocimiento efectivo del accidente y sus consecuencias, por lo que a partir de esa toma de conocimiento –reitero el 7 e abril de 2010- comenzaron a correr los plazos legales y convencionales (art. 9 inc. 1 último párrafo de la cláusula adicional 820 a fs. 246) para pronunciarse.

La carga debe tenerse por cumplida cuando su contenido es suficiente **para poner en conocimiento** del asegurador los datos necesarios para anoticiarlo de que se ha producido un hecho que ha afectado determinados intereses cubiertos por el contrato (Stiglitz, ob. cit., Tomo II, pág. 197, con cita en nota 37, de CNCom. Sala A, “Campos A. c. Chacabuco Cía. de Seg.”, en LL-1986-A-343).

La denuncia por ante la Dirección de Defensa del Consumidor municipal tuvo ese efecto, como la propia demandada ha reconocido.

En cuanto al riesgo cubierto por el contrato, la pericia médica obrante a fs. 463-466, ofrecida por la parte demandada (fs. 98 vta. punto IV.4), y que no fue objeto de observaciones o pedido de aclaraciones de las partes, determinó un porcentaje de incapacidad física de la actora del 66,5%, total y permanente (fs. 466 punto V), por lo que se encuentra comprendida dentro del art. 3 primer párrafo de la cláusula adicional 820 (fs. 242).

En virtud de los fundamentos expuestos propondré que se revoque la sentencia de primera instancia y se haga lugar a la demanda de cumplimiento de contrato promovida contra la Caja de Seguros S.A., con los alcances que a continuación expongo.

IV: La recepción del recurso de la parte actora, lleva a analizar los reclamos por ella efectuados en la demanda.

IV.1: Bajo el título “Daño derivado del incumplimiento contractual. Actualización monetaria. Pago de la póliza”, a fs. 73 vta. reclamó la suma de \$ 79.341,60 resultante de multiplicar el sueldo que afirma surge de los recibos de haberes agregados, \$3967,08 por 20, de conformidad a la cobertura pactada.

A ella, sostuvo, “debe adicionarse la actualización monetaria correspondiente”, y para ello acompaña la liquidación de intereses (la de fs. 23 aunque no indica la foja) a la tasa activa del Banco de la Provincia, lo que arroja el monto reclamado de \$ 105.371,97.

La demandada al contestar, cuestionó el monto, afirmando someramente, y sin mayor respaldo que la suma asegurada era de 47.592,40 (fs. 96).

La pericia contable estableció que el capital asegurado por el riesgo de incapacidad total y permanente en el caso de la actora, era de \$ 37.281,20 resultante de multiplicar por 20 el sueldo informado de \$1864,06, con base en las planillas de listados analíticos mensuales enviadas por el HPC a la aseguradora, agregadas a fs. 258-260.

La lectura de las condiciones particulares de la póliza agregadas 217-220, indica que el tipo de facturación era analítica,

La cobertura de capital para titulares por incapacidad total y permanente es de 20 sueldos –sin distinciones-, con un capital máximo de \$ 120.000; el capital mínimo asegurado es de \$ 10.000.

El anexo J de fs. 251 contiene la definición de sueldo, y expresa que por “sueldo mensual” se entiende la remuneración fija en dinero percibida por el asegurado en forma regular y habitual, sujeta a descuentos jubilatorios. No incluye “los importes percibidos por horas extras, aguinaldos, gratificaciones, participaciones en las utilidades, adicionales por residir fuera del país o domicilio habitual (traslado y desarraigo), asignaciones familiares, asignaciones pagadas en concepto de beca o por devolución de gastos

efectuados por cuenta del empleador, incluidos gastos presuntos, y en general, cualquier otra forma de remuneración que se constituya en elemento variable de la misma”.

El Anexo P de fs. 252 contiene precisiones sobre el capital asegurado.

El art. 9 de las condiciones generales (fs. 226), establece en su segundo párrafo que el capital con que estará cubierto cada asegurado se ajustará a la escala de “capital asegurado individual”, consignada en las condiciones particulares de la póliza, estableciendo que el contratante deberá comunicar de inmediato a la Caja todo aumento o disminución de cualquier capital asegurado resultante de la modificación de la mencionada escala. *“La modificación regirá desde la fecha en que la Caja reciba la comunicación respectiva o desde la fecha en que opere el cambio de sueldo, si ésta fuese posterior, todo bajo condición de que la Caja facture la correspondiente prima desde esa fecha y que el asegurado se encuentre prestando servicio activo al momento en que corresponda la modificación”.*

Por su parte, el inc. f) del art. 20 establece la obligación del tomador de comunicar mensual y regularmente a la Caja las altas y bajas del personal asegurado, y las bases para efectuar el cálculo de las primas y capitales asegurados, con la siguiente información: fecha de nacimiento, nombre y apellido, sueldo, capital asegurado y descuento de primas. La documentación correspondiente deberá suministrarse dentro de los diez (10) días de practicados los descuentos de primas.

Por lo tanto, la planilla de la que la Sra. Perito extrajo el sueldo informado, estaba sujeta a variaciones relacionadas precisamente, con las variaciones de los sueldos.

Fijar el capital asegurable en base al sueldo que cobraba en agosto de 2008 (a esa fecha corresponden el mail de fs. 257 y la planilla de fs. 258), no resulta ajustado a derecho en el marco de una interpretación más favorable a los derechos del consumidor (art. 3 de la ley 26.361), ni a las propias condiciones generales de la póliza, ni a la tendencia doctrinaria que comparto, que indica que el valor de reparación debe fijarse en la fecha más próxima a la sentencia (Alterini Atilio, Ameal Oscar, López Cabana Roberto, “Derecho de Obligaciones Civiles y Comerciales”, Ed. Abeledo Perrot, 2003, pág. 277, n°614).

Tampoco se ajusta a las normas legales vigentes (arts. 7 y 10 de la ley 23.928) la liquidación aportada por la actora.

IV.1.1: En virtud de las dificultades técnicas para efectuar los cálculos adecuados y a fin de determinar el monto de condena (arg. arts. 165 y 514 del CPCC), propongo que en la etapa de ejecución de sentencia, la Sra. perito interviniente efectúe una nueva liquidación teniendo en cuenta las pautas contractuales señaladas, y tomando como base del sueldo que percibe una empleada de la misma categoría y antigüedad que la Sra. Cabral al momento de practicarse la liquidación correspondiente.

a) A la suma resultante deberá adicionarle intereses no a la tasa que propuso la actora en su liquidación, por cuanto la firmeza de la Suprema Corte Provincial es contundente al seleccionar la tasa pasiva y descartar – incluso en el voto de los Dres. Hitters y de Lazzari, que conformaron la minoría en la causa 107.840 “Ponce” – la tasa activa, en el entendimiento de que esta última incluye en su cómputo algunos costos propios de las entidades financieras que los acreedores particulares no deben atender, y que consecuentemente generaría para estos últimos, un enriquecimiento sin causa.

Aún cuando no comparta el argumento, lo cierto es que la fijación de un tasa activa conduciría a que el acreedor vea más empobrecido aún su crédito cuando la sentencia sea revocada – dentro de algunos años – por la SCBA para volver a fijar tasa pasiva, como viene haciéndolo desde hace 23 años.

La alternativa que esta Sala viene aplicando en los últimos pronunciamientos sobre el tema (exped. n°155.954, “Rojas Orocimbo c. Delio Cristian y otro s. Daños y perjuicios”, sent. del 4-9-2014, R 223-S F°944/58; exped. n° 140.856, “Merodio Enrique Sergio c. Marcote Alberto Amadeo s. Daños y perjuicios por enriquecimiento sin causa”, sent. del 2-10-2014, R 272-S F°1191/6, entre otras), respeta nominalmente la doctrina legal en tanto se mantiene dentro de la tasa pasiva – esta es la que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires en sus operaciones de depósito a plazo fijo a treinta días – sólo que permite seleccionar la tasa pasiva de mayor rendimiento (como haría cualquier depositante que cuide su dinero).

Ello implica acatar la doctrina legal de la tasa pasiva, pero dentro de ella, individualizar aquella que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires en sus operaciones de plazo fijo “digital” a treinta días (es decir, aquellos cuyos fondos son captados a través del sistema *HomeBanking* de la entidad, actualmente denominado comercialmente “Banca Internet Provincia” o “BIP”), y en su modalidad “tradicional” (esto es, sin posibilidad de cancelar anticipadamente).

Esta tasa se encuentra vigente desde el 19-8-2008 (www.bancoprovincia.com.ar/ tasas de uso judicial e históricas de consulta frecuente), y a los fines de su cálculo puede utilizarse la página web del Colegio de Abogados de la Provincia de Buenos Aires (www.colproba.org.ar).

Los intereses se liquidarán utilizando la tasa pasiva expuesta en el párrafo anterior para la totalidad de los períodos comprendidos.

b) El cómputo de los intereses deberá comenzar a partir del momento de expiración del plazo que la aseguradora tenía para pronunciarse (art. 56 de la LS).

Si como ha quedado admitido tuvo conocimiento de la incapacidad el 7 de abril de 2010, el vencimiento del plazo de 30 días se produjo el 7 de mayo de 2010, fecha a partir de la cual deberán liquidarse los intereses.

IV.2: Distinta debe ser a mi criterio la suerte de los reclamos por daño moral y daño punitivo.

a) En cuanto al daño moral contractual reclamado, estimo que hay un hecho que no puede obviarse en el análisis de la generación de ese daño, que es el incumplimiento de la carga de denunciar el siniestro por parte del tomador, el Hospital Privado de Comunidad, que no ha sido citado por ninguna de las partes.

A mi modo de ver no se han acreditado en autos dos de los presupuestos de la responsabilidad civil, como son la existencia de un daño cierto y la relación de causalidad que la justifiquen.

La actora se ha limitado a reclamar la suma de \$ 5000 sin más fundamento que el “grave incumplimiento de la aseguradora y la falsa expectativa creada que ante cualquier siniestro imprevisto la Compañía respondería, tal como se halla obligada...” (fs. 73 vta. apartado B).

No ofreció ni produjo prueba alguna destinada a acreditar la existencia de una relación subjetiva con el objeto patrimonial del que se vio privada diferente y autónomo del interés económico que representa (esta Sala II, exped. n°145.245, “Alarcón Luis c. Lacazette Luis y ot. s. Daños y perjuicios”, sent. del 11-6-2010, R162(S) F°1015/20).

Pizarro sostiene que por aplicación de las reglas que rigen la carga de la prueba, el daño moral, en principio, debe ser probado por quien reclama su reparación (Pizarro Ramón Daniel y Vallespinos Carlos Gustavo, “Instituciones

de Derecho Privado. Obligaciones”, Ed. Hammurabi, Bs. As., 1999, Tomo 2, pág. 689; en igual sentido SCBA, Ac. 32.098, sent. del 24-5-1983; Ac. 32.573, sent. del 6-9-1983; Ac. 63.367, sent. del 14-7-2010 entre otras).

En el caso no considero que pueda trasladarse sin más la presunción *in re ipsa* de daño moral derivado de la lesión a intereses no patrimoniales relativos a otros bienes jurídicos, pues la actora no ha aportado pautas o criterios concretos que permitan valorar la existencia y envergadura del perjuicio reclamado (SCBA, causa 57.454, “Sebey”, sent. del 1-3-2004; causa 57.484, “Obesio”, sent. del 27-4-2004, Ac. 63.367 ya citada, entre otras; arg. art. 522 del C.C.; arts. 1737, 1739, 1741, 1744 y ccctes. del nuevo Código Civil, sancionado por ley 26.994).

En cuanto a la relación de causalidad entre el daño y la conducta de la demandada, reitero que la omisión generadora de él es atribuible al tomador-empleador que no cumplió con la carga impuesta, y al que, curiosamente, no se ha demandado ni citado en autos.

b) En relación al daño punitivo reclamado a fs. 74 vta.-76, se lo ha definido como “las sumas de dinero que los tribunales mandan a pagar a la víctima de ciertos ilícitos, que se suman a las indemnizaciones por daños realmente experimentados por el damnificado, que están destinados a punir graves inconductas del demandado y a prevenir hechos similares en el futuro” (Pizarro Ramón D., “Daño punitivo” en “Derecho de Daños”, 2° parte, La Rocca Buenos Aires, 1993, pág. 291 y ss.; voto del Dr. Monterisi al que adherí en la citada causa “Machinandiaarena”, exped. 143.790).

Su incorporación a nuestro ordenamiento jurídico difiere de sus antecedentes del derecho comparado, en especial porque la ley 26.361 no contiene una referencia expresa a que su aplicación quede reservada a supuestos de incumplimiento de particular gravedad, calificados por el dolo o la culpa grave del sancionado o por la obtención de enriquecimiento indebido derivado del ilícito o, en casos excepcionales, por un abuso de la posición de poder.

Esta circunstancia ha sido fuertemente criticada por parte de la doctrina (Ramón Daniel Pizarro, Rubén Stiglitz, Sebastián Picasso, Roberto Vázquez Ferreyra, Antonio Juan Rinessi, Horacio Roitman, entre otros) que sostienen que la norma tiene una laxitud impropia del instituto y desentendida de sus fuentes; el alcance amplio con el que ha sido legislada la multa civil, en cuanto se alude a cualquier incumplimiento legal o contractual (sobre el acierto de incluir las obligaciones legales para disipar dudas sobre si la responsabilidad por daño punitivo es contractual o legal, ver López Herrera Edgardo, “Los Daños Punitivos”, ed. Abeledo Perrot, Bs. As. 2008, pág. 365), se desentiende del consenso dominante en el derecho comparado en el sentido de que las indemnizaciones o daños punitivos

sólo proceden en supuestos de particular gravedad, calificados por el dolo o la culpa grave del sancionado o por la obtención de enriquecimientos indebidos derivados del ilícito o, en casos excepcionales, por un abuso de posición de poder, particularmente cuando ella evidencia menosprecio grave por derechos individuales o de incidencia colectiva (Stiglitz Rubén S. y Pizarro Ramón D., "Reformas a la ley de Defensa del Consumidor", en LL-2009-B-949).

El art. 52 bis de la ley sólo exige el incumplimiento por parte del proveedor de sus obligaciones legales o contractuales para que merezca la sanción. En consecuencia, el daño punitivo resulta aplicable a todos los casos en los que se de cualquiera de los citados extremos, es decir, a todo vínculo jurídico dentro de la relación de consumo. Entonces, allí donde haya un reclamo por un derecho violado, dentro de esa relación, existirá a la par la potestad de exigir daños punitivos (Alvarez Larrondo Federico, "Contrato de paseo en un shopping, deber de seguridad, daños punitivos y reforma de la ley 26.361", en LL-2008-D-58).

Aún cuando critica el modo en que la cuestión ha sido regulada, Pizarro señala que los daños punitivos pueden ser útiles para desmantelamiento de ciertos ilícitos, particularmente los de carácter lucrativo, entendiendo por tales a los que, una vez pagadas las indemnizaciones de los daños efectivamente sufridos, dejan subsistente un beneficio económico en el sindicado como responsable ("Los daños punitivos en la ley de Defensa del Consumidor", en Revista de Derecho de Daños, 2011-2, Ed. Rubinza Culzoni, Santa Fe 2011, el resaltado no es original; esta Sala, exped. n° 158.197, "Brito Del Pino Vanesa Carolina c. Santander Río Seguros S.A. s. Reclamo contra actos de particulares", sent. del 11-12-2014).

Pese a ello, en el caso, considero que la conducta de la aseguradora no se ajusta a los supuestos en los que esta Sala ha aplicado la figura (las citadas causas 143.790; 158.197, 143.761), porque reitero, no puede obviarse que fue la omisión del Hospital Privado de Comunidad como tomador del seguro, la que generó las defensas que la compañía demandada esgrimió contra la pretensión de la actora.

Además, y como ocurrió con el reclamo de daño moral, la actora no ha acreditado ninguna de las circunstancias que enuncia a fs. 76 tercer párrafo, como fundamentos para la aplicación de la figura que reclama (art. 375 del CPCC).

Por los fundamentos que expongo propondré al acuerdo el rechazo de los rubros daño moral y daño punitivo.

V: El agravio sobre las costas que se le impusieran en primera instancia cae en abstracto en atención a cómo se resuelve el recurso, imponiéndolas a la parte demandada vencida (arts. 68 y 274 del CPCC).

VOTO POR LA NEGATIVA

A la misma cuestión el Sr. Juez Dr. Pedro D. Valle dijo:

Adhiero al voto del Dr. Loustaunau, dejando a salvo mi opinión personal sobre la tasa de interés a aplicar y su capitalización, vertida en las causas 155.847, 155.011, 155.954 de esta Sala. Habiendo quedado en minoría en ella, razones de economía procesal me indican la conveniencia, en este caso, de no insistir en tal postura frente a los mismos magistrados para no alargar innecesariamente los plazos para el dictado de la sentencia (esta Sala, exped. n°140.856).

ASÍ LO VOTO

A la segunda cuestión el Sr. Juez Dr. Roberto Loustaunau dijo:

Considero que corresponde: I) Hacer lugar al recurso de apelación de la parte actora, haciendo lugar parcialmente a la demanda por cumplimiento de contrato contra la compañía de seguros demandada. II) Ordenar a la perito interviniente en autos que en la etapa de ejecución de sentencia practique liquidación de conformidad a las pautas desarrolladas en el punto IV.1 y IV.1.1. primer párrafo, para determinar el monto de la indemnización que se condena a abonar a la Caja de Seguros S.A., con más la tasa de interés fijada en el punto IV.1.1 ap. a) (la que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires en sus operaciones de plazo fijo "digital" a treinta días (es decir, aquellos cuyos fondos son captados a través del sistema *HomeBanking* de la entidad, actualmente denominado comercialmente como "Banca Internet Provincia" o "BIP"), y en su modalidad "tradicional" (sin posibilidad de cancelar anticipadamente) liquidados desde el 7 de mayo de 2010 (IV.1.1. ap. b), arg. arts. 165, 514 y ccctes. del CPCC). III) Imponer las costas a la demandada vencida (arts. 68 y 274 del CPCC). IV) Diferir la regulación de honorarios para la oportunidad del art. 31 del decreto ley 8904.

ASI LO VOTO

El Sr. Juez Dr. Pedro D. Valle votó en igual sentido y por los mismos fundamentos.

SENTENCIA

Con fundamento en el acuerdo precedente se dicta la siguiente sentencia: **I)** Se hace lugar al recurso de apelación de la parte actora, haciendo lugar parcialmente a la demanda por cumplimiento de contrato contra la compañía de seguros demandada. **II)** A los fines de la determinación del monto de condena a abonar por la Caja de Seguros S.A., se ordena a la perito interviniente en autos que practique liquidación en la etapa de ejecución de sentencia, de conformidad a las pautas desarrolladas en el punto **IV.1** y **IV.1.1. primer párrafo**, con más la tasa de interés fijada en el punto **IV.1.1 ap. a)** (la que paga el Banco de la Provincia de Buenos Aires en sus operaciones de plazo fijo “digital” a treinta días (es decir, aquellos cuyos fondos son captados a través del sistema *HomeBanking* de la entidad, actualmente denominado comercialmente como “Banca Internet Provincia” o “BIP”), y en su modalidad “tradicional” (sin posibilidad de cancelar anticipadamente) liquidada desde el 7 de mayo de 2010 (IV.1.1. ap. b), arg. arts. 165, 514 y ccdtes. del CPCC). **III)** Las costas se imponen a la demandada vencida (arts. 68 y 274 del CPCC). **IV)** Se difiere la regulación de honorarios para la oportunidad del art. 31 del decreto ley 8904. Regístrese. Notifíquese personalmente o por cédula (art.135 del CPC). Devuélvase.

Roberto J. Loustaunau Pedro D. Valle

Alexis A. Ferrairone
Secretario