



PODER JUDICIAL DE CÓRDOBA

J.1A INST.C.C.FAM.2A-SEC.3 - RIO TERCERO

Protocolo de Sentencias

Nº Resolución: 38

Año: 2022 Tomo: 1 Folio: 240-267

EXPEDIENTE SAC: 8984299 - REARTES ALTAMIRA, BRISA ANTONELLA Y OTROS C/ LA SEGUNDA CÍA. DE SEG.

PERSONAS S.A. - ABREVIADO - CUMPLIMIENTO/RESOLUCION DE CONTRATO - TRAM.ORAL

PROTOCOLO DE SENTENCIAS. NÚMERO: 38 DEL 28/06/2022

SENTENCIA NUMERO: 38. RIO TERCERO, 28/06/2022. Y VISTOS: estos autos caratulados REARTES ALTAMIRA, BRISA ANTONELLA Y OTROS C/ LA SEGUNDA CÍA. DE SEG. PERSONAS S.A. – ABREVIADO - CUMPLIMIENTO/RESOLUCION DE CONTRATO - TRAM.ORAL, Expte. 8984299 en los que compareció el abogado Andrés Acosta M.P. 10-388 en carácter de apoderado de ALTAMIRA, BRISA ANTONELLA, DNI 42639710, REARTES, Tiziano Leonel, DNI 50239378, y promovió demanda de cumplimiento/resolución de contrato - Tram. Oral en contra de LA SEGUNDA CÍA. DE SEG. PERSONAS S.A., CUIT 30500034625, persiguiendo el cobro de la suma de Pesos dos millones ciento cincuenta y seis mil doscientos cincuenta (2.156.250,00), con más intereses y ajustes por devaluación.

Relató que el Sr. Victor Mariano Reartes, difunto padre de Reartes Altamira, Brisa Antonella y Reartes, Tiziano Leonel era chofer de camiones y era asegurado y beneficiario de un seguro de accidentes personales brindado por la demandada, Póliza N° 42694700. Con fecha 14/07/2019 el Sr. Reartes se encontraba en el puerto en la zona de Rosario haciendo fila para descargar el camión que conducía. En ese momento, todos los camioneros – incluido el Sr. Reartes – aprovechan a descubrir las lonas que tapan el camión, a los fines de la posterior descarga de cereal. El Sr. Reartes evidentemente sufrió un infarto luego del esfuerzo realizado

para destapar el camión lo que significa que el hecho súbito y violento (infarto) ocurrió a causa de un agente externo. Prueba de ello, es que el Sr. Reartes fue encontrado descompensado con el camión destapado y en marcha, desviado de la fila de camiones. Pese a este hecho la denunciada rechazó el siniestro por medio de la carta documento N° CD929185946 dado que en virtud de la dinámica denunciada no corresponde a un hecho súbito y violento, causado por un agente externo, por lo tanto no cumple con lo estipulado en la Cláusula N° 2 de Condiciones Generales de Póliza. Destacó que a esta parte – ni al asegurado – jamás se le entregó una copia de la póliza, por lo que su familia no conocía qué es lo que señala la Cláusula N° 2 mencionada. Sin perjuicio de ello, resulta evidente que el caso del Sr. Reartes cumple con los requerimientos exigidos por la póliza para acceder al cobro de la indemnización. Ello en razón de que éste sufrió un accidente súbito y violento (infarto) derivado de una causa externa e involuntaria. Ante esta situación, la Sra. Altamira respondió la misiva enviada por la aseguradora por medio de la carta documento N° CD951296009 en la que se le manifestó lo que acaba de mencionar. Asimismo, se intimó a la aseguradora para que en el plazo perentorio de cinco días abone las indemnizaciones que por derecho les corresponden a sus mandantes bajo apercibimiento de interponer la denuncia ante la Dirección de Defensa del Consumidor e iniciar las acciones legales pertinentes. Asimismo, se les aclaró que esta parte no contaba con una copia de la póliza, y por ende se emplazó a la aseguradora para que en el término de 48 hs. hiciera entrega de una copia de la póliza de referencia y sus respectivos endosos, planilla de adhesión, certificado de cobertura, formulario de designación de beneficiarios (si existiere) y cualquier otra documentación que contenga información referente al seguro, ya que nunca le fue entregada. Todo ello, bajo apercibimiento de iniciar las denuncias y acciones legales correspondientes. Pese a esta intimación, la misiva no fue respondida por la aseguradora, incumpliendo totalmente con el emplazamiento, ya que no se hizo entrega de la documentación exigida, violando lo dispuesto en el art. 4, LDC y 42, CN. Frente a ello, sus mandantes se encontraron ante una situación de

indefensión, motivo por el cual acudieron a la DIRECCIÓN DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR.

Señaló que ante esta situación, la Sra. Altamira se vio obligada a presentar una denuncia ante la Dirección de Defensa del Consumidor con fecha 14/09/2019. Denunció la situación que aquí están planteando, y se requirió expresamente que la demandada acompañe la siguiente documentación: a) Póliza de referencia, junto con todos sus endosos, b) Planilla de adhesión firmada por el beneficiario, c) certificado individual de cobertura, d) formulario de designación de beneficiarios, e) toda otra documentación que contenga información referente al seguro. La mencionada dirección le dio trámite a la denuncia y fijó fecha de audiencia de conciliación para el día 17/10/2019. El día de la audiencia la denunciada se presentó y manifestó la incompetencia de la DIRECCION DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR, por cuanto la compañía funciona bajo la órbita y fiscalización de la Superintendencia de seguros de la Nación, y además, declaró que no corresponde la indemnización por cuanto no hay un hecho súbito y violento causado por un agente externo, por lo tanto, no es un hecho cubierto. En ese acto se hizo entrega de la póliza completa, la cual no cuenta con la firma del Sr. Reartes, probando así la total falta de información brindada por la Compañía. En ese acto se dispuso el otorgamiento de un plazo de 5 (cinco) días hábiles e improrrogables a la denunciada a los fines de fijar posición final, bajo apercibimiento de elevar las actuaciones al Área Jurídica de Defensa del Consumidor. Con fecha 25/10/2019, el apoderado de la compañía, Héctor Daniel Tognarelli, ratificó lo manifestado en la audiencia de fecha 17/10/2019, en cuanto a la incompetencia de la Dirección De Defensa Del Consumidor y en cuanto a que no se han dado las condiciones establecidas por póliza para la procedencia de la indemnización reclamada, en virtud de que no se trata de un hecho súbito y violento, causado por un agente externo. A su vez, adjuntó la siguiente documentación: a) Solicitud de accidentes personales en una foja (SIN FIRMA DEL ASEGURADO); b) Solicitud Individual de Incorporación (sin designación de beneficiario y SIN FIRMA DEL ASEGURADO); c)

denuncia de siniestro. La demandada hizo saber que la póliza no cuenta con endosos, ya que no tuvo movimientos; tampoco certificado de cobertura. Ante esta situación, esta parte manifestó que rechazaba lo declarado por la denunciada, dado que hubo un incumplimiento de la obligación de informar, ya que la solicitud de accidentes personales y la solicitud individual de incorporación, así como la denuncia de siniestro se encuentran sin las firmas pertinentes; por lo que la documentación acompañada no tiene valor alguno. Frente a las precedentes actuaciones, con fecha 31/10/2019 se dispuso la remisión de la causa al Área Jurídica de Defensa del Consumidor y la culminación de la etapa conciliatoria prevista en el art. 45 de la Ley Nacional N° 24.240 y arts. 22 y 23 de la Ley Provincial N° 10.247 sin que las partes intervinientes hayan arribado a un acuerdo.

CONCLUSIÓN FINAL DE LOS HECHOS. Como corolario de todo lo expuesto, destacó que, en primer lugar, y teniendo en cuenta la cláusula N° 2 de las Condiciones generales de la póliza (la cual define accidente como cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta), se trató de un hecho derivado de una causa “súbita”, en el sentido de imprevista y repentina; de un hecho derivado de una causa “violenta”, en el sentido de estar fuera de su natural estado, situación o modo; de un hecho derivado de una causa “externa”, en el sentido de ser ajena a sus intenciones y al curso natural de las cosas; y de un hecho derivado de una causa “involuntaria”, en el sentido de ser en contra de la voluntad de uno mismo. Asimismo, considero que la redacción de la cláusula es ambigua, pudiendo ser interpretada de diversas maneras y desde diferentes puntos de vista. De la redacción del texto no surge claramente el alcance de dicha cláusula debiendo ser interpretada, por lo tanto, en el sentido más favorable para el consumidor de acuerdo a lo que reza el artículo 1095 del Código Civil y Comercial de la Nación. Igualmente se pone de manifiesto, acorde a lo declarado supra, que hubo un incumplimiento de la obligación del proveedor de brindar información clara y detallada del servicio que ofrece. Prueba de ello, fue

el incumplimiento del emplazamiento solicitado mediante la carta documento mencionada anteriormente. Desde una perspectiva literal y teleológica del contrato de consumo mencionado, consideró que el siniestro encuadra completamente dentro de las contingencias cubiertas por la Compañía demandada.

En segundo lugar, acorde a los hechos, el Sr. Reartes se vio privado de la garantía constitucional a una información adecuada y veraz, toda vez que sólo se brindó información sobre la póliza y las contingencias cubiertas una vez sucedido el siniestro. La compañía denunciada no pudo demostrar en el expediente administrativo el cumplimiento de dicha obligación, ya que la póliza adjuntada no contiene la firma del Sr. Raertes, probando así que el difunto sólo tuvo conocimiento de que se encontraba asegurado frente a accidentes personales, pero sin saber las condiciones generales y particulares de la contratación, y menos aún si la póliza contaba con algún tipo de exclusión de cobertura. La demandada, evidentemente, tomó provecho de su poder y dominación en la relación contractual afectando la toma de decisiones y las expectativas del Sr. Reartes, quien de haber tenido una información cierta, clara y detallada posiblemente no hubiera prestado su asentimiento, dado que terminaría por darse cuenta que la cobertura era extremadamente limitada, y que no cubriría las contingencias a las que se encontraba expuesto. Es importante resaltar que ni siquiera el formulario de SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES ni el formulario de SOLICITUD INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN cuentan con la información mínima que el asegurado requiere para conocer los alcances del negocio que está concretando. Peor aún, el primero de los formularios mencionados contiene la leyenda que se transcribe a continuación: *“Se hace constar que el suscriptor de esta solicitud declara conocer y aceptar íntegramente las condiciones Generales y Particulares que se aplican en la Póliza que solicita”*. Esta leyenda no hace más que hacer un reenvío a otro documento (condiciones generales y particulares de la póliza) que jamás fue entregado al asegurado. Esto no sólo se encuentra expresamente prohibido en el art. 985 del CCC, sino que en su tercer párrafo el legislador

determinó que dichas cláusulas se deben tener por no convenidas. El deber de información es una obligación derivada del principio de buena fe. El proveedor es quien mejor conoce el producto o servicio, por lo tanto debe “compartir” ese conocimiento para paliar el desequilibrio que existe en la relación de consumo. La falta de información afecta el discernimiento, intención y libertad contractual del usuario o consumidor. El consumidor debe conocer completamente las ventajas y desventajas al celebrar un contrato de consumo. Ese desconocimiento imputable al proveedor debe ser considerado como una actitud engañosa, pasible de toda responsabilidad. Citó doctrina que expresa que “el consumidor tiene derecho a conocer las características, cualidades, modos de utilización y riesgos que contiene el producto o servicio ofrecido, en la faz previa a la contratación”; situación que claramente no se dio en la relación de consumo expuesta anteriormente. Es importante mencionar que la demandada ha actuado a lo largo de toda la relación de consumo con total desidia en el cumplimiento de las obligaciones a las que se encuentra sometido, en su calidad de proveedor de bienes y servicios para el consumo final de los usuarios y consumidores. Y por tal motivo, solicitó que se condene a la demandada al pago del capital asegurado y daño punitivo que solicitaron en la presente.

ENCUADRAMIENTO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL EN LA LEY DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR: Dijo que La Segunda Compañía De Seguros De Personas S.A. es una compañía que se dedica habitual y profesionalmente a la oferta de seguros en los términos en que la ley regula la actividad (Ley 17.418), no cabe duda que la demandada es una “proveedora” de un servicio: seguros, conforme lo establece el Art. 2 de la Ley de Defensa del Consumidor (Ley 24.240 y sus modificatorias). De acuerdo a los hechos, el Sr. Reartes se acogió voluntariamente por medio de un formulario o planilla de adhesión (contrato-adhesión), al contrato de seguro. En virtud de ello, se constituyó en beneficiario del seguro de accidentes personales prestado por la compañía de seguros. En tal sentido se infiere que el asegurado es un consumidor final o usuario en virtud de que la adhesión es una verdadera

aceptación del contrato (dicha adhesión es un requisito *sine qua non* para el perfeccionamiento de la relación contractual entre el asegurado y la aseguradora), en cuyo caso, el adherente se constituiría como una verdadera parte del contrato en los términos del art. 1, 1º párr. de la Ley de Defensa del Consumidor. Asimismo, dicha relación contractual no se encuentra prevista dentro de las exclusiones del art. 2 de la Ley 24.240 (mod. por Ley 26.361). En consecuencia, se concluye que en el caso que nos ocupa se encuentran presentes los elementos de toda relación de consumo. Por otro lado, resulta menester aclarar que el art. 3 de la ley mencionada (sustituido por art. 3º de la Ley N° 26.361 B.O. 7/4/2008) establece lo siguiente: *“Relación de consumo. Integración normativa. Preeminencia. Relación de consumo es el vínculo jurídico entre el proveedor y el consumidor o usuario. Las disposiciones de esta ley se integran con las normas generales y especiales aplicables a las relaciones de consumo, en particular la Ley N° 25.156 de Defensa de la Competencia y la Ley N° 22.802 de Lealtad Comercial o las que en el futuro las reemplacen. En caso de duda sobre la interpretación de los principios que establece esta ley prevalecerá la más favorable al consumidor. Las relaciones de consumo se rigen por el régimen establecido en esta ley y sus reglamentaciones sin perjuicio de que el proveedor, por la actividad que desarrolle, esté alcanzado asimismo por otra normativa específica.”* De acuerdo a lo expuesto, esta ley deroga a la ley de seguros (Ley 24418) en todo lo que resulte más favorable al consumidor. Igualmente, ante la consideración de aquellos casos que presentan colisión normativa debe tenerse en cuenta que no es la ley, sino la Constitución Nacional (art. 42) la que resulta ser fuente principal del derecho del consumidor. Ya que desde la reforma constitucional de 1994, los derechos de los consumidores y usuarios gozan de rango constitucional -arts. 42 y 43 de la Constitución Nacional; y 29 de la Constitución de la Provincia de Córdoba- que, al igual que la ley 24.240, otorgan un amplio significado a las expresiones “consumidores” y “usuarios”. Ahora bien, no significa que el sistema de protección se agote allí. Precisamente y con la finalidad del sistema de otorgar protección al más débil, se puede inferir que la normativa del consumidor,

no es solamente lo reglado en la ley 24.240, sino que se integra con aquellas normas que resulten aplicables a la relación jurídica de consumo. La LDC no es un microsistema, el derecho del consumidor se articula transversalmente sobre el sistema normativo, prevalece por sobre cualquier norma especial. En consecuencia, una interpretación contraria violaría los derechos constitucionales del Consumidor.

DERECHO A LA INFORMACIÓN COMO DERECHO FUNDAMENTAL.
IMPOSIBILIDAD DE OBTENER INFORMACIÓN: Afirmó que el consumidor tiene derecho desde antes del inicio de la relación de consumo hasta luego de terminada, a conocer en su totalidad todos los aspectos y condiciones a las que se encuentra sujeta su relación. Pues, resulta un presupuesto necesario a los fines de resguardar la libre decisión del consumidor. Es por ello, que este derecho a una información clara, cierta, objetiva, detallada y veraz constituye un requisito esencial para una relación de consumo saludable. Por esta razón el constituyente del año 1994 consagró el derecho a la información del consumidor como uno de carácter fundamental en el art. 42, CN. A su vez, el Código Civil y Comercial de la Nación consagra dicho derecho de manera expresa en los arts. 1100 y ss. Pero la protección no se agota allí, existe una protección concreta y específica en los arts. 4, 7,8, 10, 14, 15, 21, 22, 25,30 bis, 36, 53, entre otras normas de la LDC. De este modo, el consumidor estará en posición de contar con los datos necesarios para resguardar sus intereses económicos, al serle posible evaluar de acuerdo a su aptitud, el costo de oportunidad que reporta la contratación de determinado producto. Pero la importancia de este derecho no sólo tiene repercusiones al momento de la formación de la voluntad contractual, sino que sus consecuencias se prolongan a lo largo de toda la relación, ya que la información constituye la base para que el consumidor conozca cuál es el comportamiento que debe seguir a lo largo de la ejecución del contrato. A su vez, y habiendo finalizado la relación contractual, la información representa los cimientos de cualquier reclamo judicial que pretenda efectuar el consumidor. Por lo tanto, su falta lo coloca en el altísimo riesgo de perder un derecho, e incluso, ser condenado en costas en un

proceso judicial derivado de una mala interposición de la demanda, o su mal encuadramiento. La contracara de este derecho es la obligación de conceder una información cierta, detallada, clara y veraz que recaerá sobre el proveedor durante toda la relación contractual. Esta obligación se prolonga antes de la celebración del contrato, es decir desde el momento de la negociación previa hasta, incluso, una vez culminada la relación contractual. En el caso en particular, con el ardid de darle menos herramientas para defenderse a los consumidores, la demandada retaceó información al no entregarle la documentación correspondiente al momento de la firma del contrato de consumo mencionado. La compañía nunca puso en conocimiento del Sr. Reartes y de sus herederos el contenido del contrato, sino sólo después de ocurrido el siniestro. Por otra parte, es necesario traer a colación lo dispuesto en el art. 14 de la Ley de Seguros en el que se dispone: *“Duplicaciones de declaraciones y póliza. Art. 14. El asegurado tiene derecho, mediante el pago de los gastos correspondientes, a que se le entregue copia de las declaraciones que formuló para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.”* Evidentemente, quedó expuesto y totalmente a la vista el incumplimiento grosero de la obligación de proveer información por parte de la demandada, incurriendo en una clara postura abusiva del derecho, en cuanto a ser la posición dominante de la relación consumeril.

CAPITAL ASEGURADO: Señaló que de acuerdo a la Solicitud Individual de Incorporación adjuntada por la demandada en el expediente administrativo, el capital asegurado es de SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$750.000). Cabe aclarar que dicha Solicitud no contiene la firma del Sr. Reartes, por lo que claramente podría considerarse que se trata de una suma impuesta arbitrariamente por la Compañía, en beneficio de sus intereses, toda vez que no fue asentada expresamente. Esto demuestra que el difunto no conocía ni siquiera el capital asegurado. Las conductas desarrolladas por las partes se limitaban a dos hechos solamente: pagar la prima por parte del asegurado, y percibir la misma por parte del asegurador.

PROCEDENCIA DE LA APLICACIÓN DEL DAÑO PUNITIVO: En el art. 52 bis, LDC el legislador dispuso lo siguiente: “Daño Punitivo. Al proveedor que no cumpla sus obligaciones legales o contractuales con el consumidor, a instancia del damnificado, el juez podrá aplicar una multa civil a favor del consumidor, la que se graduará en función de la gravedad del hecho y demás circunstancias del caso, independientemente de otras indemnizaciones que correspondan (...)” Tal como lo manifestaba Kemelmajer de Carlucci, en esta herramienta sancionatoria se encuentra implícita la idea que el legislador tuvo presente al momento de crearla: el resarcimiento integral del perjuicio no silencia las repercusiones de inequidad y de inseguridad que acarrear algunos hechos antisociales e irritantes, cuyos autores lucran con la desgracia humana. Es decir, que la reparación integral – en ocasiones – deja sin resolver la lesión al sentido justicia, y por esta razón, se necesita una reacción más vigorosa ante estas conductas nocivas. Obviamente en el instituto campea un carácter preventivo y disuasorio importante, ya que su aplicación pretende evitar que conductas nocivas para la sociedad se sigan repitiendo. Por su parte, la Cámara en lo Civil y Comercial, del Trabajo y de Familia de la Ciudad de Río Tercero, en los autos caratulados “GAMARRA, NIÑO JOSE ANTONIO C/ MONTEQUIN S.A. Y OTRO - ABREVIADO - COBRO DE PESOS” Expte. N° 2178411, citando a Álvarez Larrondo dictaminó lo siguiente: "(...) No estamos aquí ante una indemnización o reparación por daño alguno sufrido por la víctima, sino ante un instrumento preventivo sancionador, que ha elegido como destinatario a la víctima, con la sola finalidad de fomentar la denuncia de prácticas lesivas del orden económico integral (...) Es que al conocer el consumidor que su reclamo de escaso monto puede recibir además un plus producto de la sanción al obrar violatorio de todo el ordenamiento económico (por cuanto el mismo distorsiona las reglas del mercado, perjudicando a los competidores ajustados a la ley) éste tendrá mayor interés en iniciar el arduo camino de un proceso judicial, y ante el incremento de los reclamos, las empresas que actúan como la aquí demandada descubrirán que el negocio de lesionar los derechos de sus clientes deja de ser rentable para convertirse en deficitario, y

en consecuencia, comenzarán a resolver los inconvenientes directamente en su propia sede, descargando de esa manera el costo de gestión de conflictos que hoy trasladan masivamente al Estado a través de sus oficinas de Defensa del Consumidor..." (cfr.: ALVAREZ LARRONDO Federico M. -Los daños punitivos...-; ob., cit., pág. 397).

Infracción al derecho de información. Refirió que la falta de información repercute de manera directa sobre la posibilidad de iniciar acciones judiciales en contra de la demandada. El Sr. Reartes se vio privado de su derecho constitucional a ser informado sobre el servicio que contrató dado que, como mencionamos anteriormente, recién al momento de iniciar las actuaciones ante la DIRECCION DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR fue remitida la documentación. Los actores debieron acudir a dicho Organismo para corroborar si se encontraban en presencia de un hecho cubierto por la Póliza de seguro, si el siniestro estaba excluido o no, en su caso cuánto era el capital asegurado, y demás condiciones. El emplazamiento realizado por Carta Documento no tuvo éxito, lo que generó impotencia y frustración de sus mandantes. La conducta llevada a cabo por la Compañía es totalmente perjudicial de los derechos e intereses legítimos de quienes solicitaron la información. Consideró que el derecho constitucional a una información adecuada y veraz debe ser cumplido con la mayor celeridad posible, toda vez que no demanda grandes esfuerzos o erogaciones del proveedor cumplir con su obligación. No debe existir la necesidad de recurrir al organismo administrativo correspondiente para lograr el cometido de ser informado. Dicha obligación debe ser cumplida durante toda la relación contractual y no esperar un reclamo o una acción judicial para ejecutarla. Cabe agregar, a su vez, que la obligación del proveedor fue cumplida de manera deficiente a instancias de la denuncia formulada ante la dirección de defensa del consumidor, ya que no existe un asentimiento expreso por parte del consumidor al contrato de consumo de acuerdo a la documentación acompañada por la Compañía en el expediente administrativo, lo que permitiría demostrar que el Sr. Reartes no se encontraba informado prácticamente en ningún aspecto del contrato. En la actualidad, con la gran

evolución tecnológica y de los medios de comunicación es fácil persuadir al consumidor a contratar un servicio, más aún cuando es de conocimiento la amplia y sofisticada publicidad llevada a cabo por la Compañía aseguradora. Incluso más, en la página oficial de la demandada en la que ofrece sus servicios, consta el seguro de accidentes personales. Allí resulta totalmente deficiente la información provista a los consumidores en relación al seguro ofrecido. Por lo que los consumidores que decidieran contratar este tipo de seguros se llevarían la sorpresa de que muchos de los riesgos por los cuales contrataban el seguro no serían cubiertos por la compañía. Lo más reprochable es que esta sorpresa se la darían una vez ocurrido el siniestro, cuando ya no hay más posibilidad de solucionar el inconveniente o de contratar otro seguro acorde a sus necesidades. (<https://www.lasegunda.com.ar/accidentes-personales/premium>). En resumen, con la falta de información la demandada ha colocado al Sr. Reartes y sus herederos en un estado de indefensión total, y por esta situación es que el legislador ha optado por sancionar directamente la omisión de informar, sin necesidad de que se demuestre la existencia de un daño específico. Es decir, a semejanza de los delitos de peligro a nivel penal, la sanción prevista para la infracción al deber de informar se configura con el mero incumplimiento de la norma, que tiene habitualmente como resultado la generación del peligro, sin necesidad de que dicho actuar haya tenido como consecuencia perjuicio alguno. La causa de la sanción punitiva de este tipo de infracciones formales radica en el peligro generado en el consumidor y la sociedad en general de causar daños a su salud y bienes. La aseguradora demandada está exponiendo constantemente a los consumidores a peligros sobre su salud y bienes al retacear la información no sólo durante la publicación de información publicitaria, sino también al momento de la contratación, e incluso luego de que los consumidores la intimen de manera fehaciente. Esto es lo que debe ser sancionado a través del instituto de daño punitivo. Citó jurisprudencia.

Dijo que en el caso de marras, la conducta de la accionada encuadra dentro del dolo (intencionalidad). La existencia del factor subjetivo de atribución surge claro, pues omitió

brindar información ante el requerimiento expreso de información por parte de los actores, incluso pese a estar expresamente obligada por el art. 4, LDC y 42 CN. Cabe aclarar, que su conducta ya no puede ser reputada como consecuencia de un simple error involuntario, sino que se actuó con pleno conocimiento de tal circunstancia, al punto de evitar entregar la totalidad de la documentación requerida por carta documento. Por lo que se encuentran ante una conducta de “evidente menosprecio” de los derechos de esta parte. En resumen, de todo lo expuesto podemos decir que las sucesivas y reiteradas transgresiones al deber de información por parte de la demandada, tanto en la etapa genética del contrato, cuanto al desarrollo y, particularmente, en culminación de la relación contractual; constituyen – todas éstas – conductas que revisten la gravedad suficiente para imponer las sanciones de daño punitivo solicitadas.

CUANTIFICACIÓN DE LAS PRETENSIONES: a. Capital asegurado.

Afirmó que teniendo presente lo manifestado en el punto VI, solicitó que se condene a la demandada para que me abone la suma de capital asegurado que evitó pagar la aseguradora. Es decir, la suma de PESOS SETECIENTOS CINCUENTA MIL (750.000).

b. Daño punitivo. Conforme lo desarrollado en los puntos V y VII, las sucesivas y reiteradas transgresiones al deber de información por parte de la demandada, tanto en la etapa genética del contrato, cuanto al desarrollo y, particularmente, en culminación de la relación contractual; y en general el trato despersonalizado que ha tenido la demandada para con el actor; constituyen – todas éstas – conductas que revisten la gravedad suficiente para imponer las sanción en concepto de daño punitivo por la suma de PESOS UN MILLÓN CUATROCIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA (\$ 1.406.250). Monto justificado que sirve para reprimir y prevenir, teniendo en consideración la gravedad de las conductas desinformativas llevadas adelante por la demandada, ya sea a través de la falta de información (no entregar documentación alguna al actor).

B) También se debe tener en cuenta el elevado caudal económico de la demandada, que tiene

una reconocida solvencia por ser una compañía aseguradora que opera en todo el país miles (o millones) de clientes.

C) Otro factor relevante es la repercusión social de las inconductas las cuales son de amplio espectro, ya que “La Segunda” cuenta con miles de clientes, y todos ellos – probablemente – se encuentran sometidos a las mismas condiciones de trato que el actor, que son la falta de provisión de información y divulgación de información falsa.

D) A su vez, si no se fija una multa como la solicitada existen altas probabilidades que se produzca la reiteración de la conducta.

E) También se probará que existen otros damnificados en la misma situación que el actor.

F) Pidió también que tenga presente la actitud tomada por la demandada, quien se mantuvo con total desinterés frente al emplazamiento librado por los actores.

G) Tenga presente la conducta desplegada por la demandada, la cual es dolosa, porque la no provisión de información cuando es expresamente requerida es intencional. En resumen la multa que imponga le debe “doler” a la empresa para que aquella cumpla con su fin. En este sentido, la Cámara en lo Civil, Comercial, del Trabajo y Familia de la Ciudad de Río Tercero, en los autos caratulados “GAMARRA, NIÑO JOSE ANTONIO C/ MONTEQUIN S.A. Y OTRO - ABREVIADO - COBRO DE PESOS” Expte. N° 2178411 citó en su fallo emitido con fecha 05/09/2018 a Peralta Mariscal en su voto en el fallo al que se aludirá infra, quien al respecto: “(...) El quid de la cuantificación del daño punitivo radica en una cantidad encuadrable en el concepto de sanción con función estrictamente preventiva que no sea inferior ni superior a la suma necesaria para generar incentivos económicos suficientes en el infractor como para disuadirlo de incurrir en conductas análogas (...). Se trata de que el deudor internalice las consecuencias de la baja probabilidad de condena, lo que se logra obligándolo a pagar a un damnificado los daños provocados a los demás afectados que no hicieron el reclamo ante la autoridad jurisdiccional; se compensa con daños punitivos la escasa probabilidad de ser sentenciado. No debe ser una cantidad inferior a la indicada porque

se fomentaría el "incumplimiento eficiente", situación que se presenta cuando el infractor tiene incentivos económicos para desviarse de la conducta debida (...). Ello ocurre si la condena esperada por el daño a los miles de consumidores que se encuentran en situación análoga a la de la actora es inferior a las ganancias ilícitamente obtenidas por su intermedio (...)" (cfr.: Cám.1 Civ. y Com., Bahía Blanca -sala II- 28/8/2014, in re: C., M. C. c. Banco de Galicia y Buenos Aires S.A. s/ nulidad de acto jurídico"; fallo pub., en: La Ley Online: AR/JUR/44655/2014). En el fallo mencionado, la Cámara de Río Tercero utilizó la fórmula propuesta por Irigoyen Testa ya que permite objetivar en el mayor grado posible la extensión de la sanción de que se trata, y a su vez, corroborar el monto obtenido de conformidad a las pautas que se tuvieron en cuenta. En dicha fórmula se tienen en cuenta los daños reparables que corresponden a la víctima (en este caso \$750.000) y la probabilidad de que un damnificado decida transitar todo el periplo necesario y logre una condena resarcitoria por los padecimientos infligidos, que incluya daños punitivos. Nos encontramos ante un doble condicionamiento: por un lado, debe tenerse en cuenta la probabilidad de que la víctima decida iniciar un proceso judicial y obtenga éxito en él, a lo que debe agregarse que bajo ese contexto el dañador sea condenado a pagar daños punitivos. La fórmula a aplicar es la siguiente: $D = C \times [(1 - Pc) / (Pc \times Pd)]$. En ella: "D" = daño punitivo a determinar; "C" = cuantía de la indemnización compensatoria por daños provocados; "Pc" = probabilidad de ser condenado por la indemnización compensatoria de daños provocados; Pd = probabilidad de ser sentenciado por daños punitivos, condicionada a la existencia de una condena por resarcimiento compensatorio. La constatación de las probabilidades que constituyen dos de las variables de la fórmula ("Pc" y "Pd") es un problema de gran dificultad. En el caso considero que la probabilidad de que la aseguradora sea sentenciada a hacerse responsable del capital asegurado es de un 40%. En primer lugar porque muchos de los consumidores en situaciones análogas ni siquiera se habrían puesto en campaña para verificar si lo que la compañía de seguros le manifestaba respecto de la falta de cobertura era correcto, por lo que

jamás se les ocurriría acudir a un abogado para que lo asesore, y menos aún si la propia aseguradora no entrega información acerca que justifique la falta de cobertura. Por ende, considero que al menos un 40% de los consumidores que se encuentran en la situación de los actores no se les ocurriría – siquiera – consultar con un abogado. Por otra parte, el 60% restante de los consumidores que les naciera acudir a un abogado consideró dos terceras partes de ellos podría llegar a una sentencia favorable del reclamo, es decir sólo un 40%. Ello en razón de que muchos de estos consumidores no tienen los medios para afrontar el juicio, o por mal asesoramiento de sus abogados, o incluso podrían perder el juicio por negligencia del abogado. En resumen, consideró que existe un 40% de probabilidad de condena a la demandada por una situación análoga a la de la actora. A esta probabilidad se le debe añadir la probabilidad de que en esa resolución se añada la condena accesoria a pagar daños punitivos, la que consideró en un 80%. Ello en razón de la gravedad de la conducta desplegada por la entidad aseguradora, a la vez de que al existir menores probabilidades que consumidores inicien un reclamo como el de autos, mayor será la probabilidad de aplicación de daño punitivo. Con base en estos parámetros y partiendo de la indemnización reclamada en autos con carácter resarcitorio (\$750.000) se llega a un daño punitivo de \$ 1.406.250. A saber: $750.000 \times [(1 - 0,40) / (0,40 \times 0,80)]$ cifra con la que propone sancionar a la demandada en los términos del art. 52 bis de la ley 24.240.

Refirió que la Ley de Defensa del Consumidor establece claramente en su art. 53 lo siguiente: *“ARTICULO 53. — Normas del proceso. En las causas iniciadas por ejercicio de los derechos establecidos en esta ley regirán las normas del proceso de conocimiento más abreviado que rijan en la jurisdicción del tribunal ordinario competente, a menos que a pedido de parte el Juez por resolución fundada y basado en la complejidad de la pretensión, considere necesario un trámite de conocimiento más adecuado.”* Aclaró que la pretensión planteada y la prueba ofrecida no podrían ser calificadas como complejas. Por otra parte, el proceso oral dispuesto en la ley 10.555 no resulta – en absoluto – incompatible con la

naturaleza del juicio que se ventila en autos. En base a lo expuesto, no hay una razón para apartarse de la regla establecida norma del art. 53 de la LDC. 10)

BENEFICIO DE JUSTICIA GRATUITA, Y SUBSIDIARIAMENTE, EL DE LITIGAR SIN GASTOS: Dijo que de conformidad con lo prescripto en el párrafo cuarto del art. 53 de la Ley de defensa del consumidor, se invoca el “beneficio de justicia gratuita”, ya que los accionantes por el sólo hecho de ejercer los derechos del “causante-consumidor”, goza del citado beneficio. 1406250 Recientemente, la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de 7ª Nominación de la Ciudad de Córdoba ha dictado un fallo en el que concede al Consumidor la posibilidad de acceder a la justicia de manera gratuita, tal como se prevé en la LDC. Transcribió alguno de los fundamentos del citado fallo. No obstante, refirió que subsidiariamente se iniciará un beneficio de litigar sin gastos a los fines de poder iniciar las tramitaciones pertinentes, y para el caso en que el beneficio de justicia gratuita sea conseguido, se procederá a desistir de dicha acción.

SOLICITA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO IURA NOVIT CURIA Conforme lo señala el constitucionalista Germán Bidart Campos, “las partes en el proceso suelen alegar e invocar el derecho que creen asistirles, y lo encuadran en el orden jurídico vigente; pero puede ocurrir que equivoquen esa fundamentación. La función del Juez ante el derecho aplicable que usa de su fundamentación en su sentencia se enuncia con el adagio latino ‘iuria novit curia’, que significa ‘el Juez suple el derecho que las partes no le invocan o que le invocan mal’. El Juez depende de las partes en lo que tiene que fallar, pero no en lo que debe fallar”. (Bidart Campos, Germán J., Manual de la Constitución reformada, tomo III, Buenos Aires: Ediar, 2001, pág. 436). Es por ello que si de los dichos, hechos y pruebas diligenciadas en estos autos surgiere la aplicación de normas que no fueron invocadas por esta parte, solicitó se proceda a la aplicación plena de tales normas, reconociendo al consumidor los derechos que como tal le correspondan. **DERECHO:** Fundó su derecho en la normativa prevista en la Constitución Nacional, la Ley de Defensa del Consumidor, el Código Civil y Comercial de la

Nación, la Ley de Seguros y la Ley de Productores de Seguros. Asimismo, en jurisprudencia de los Tribunales concordantes con el reclamo.-

RESERVA DEL CASO FEDERAL: expresó que por estar en juego derechos de indudable raigambre constitucional, desde ya se deja efectuada la reserva del Caso Federal, para acudir ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, con apoyo de la copiosa doctrina y jurisprudencia, de acuerdo al Art. 14 de la Ley N° 48.

Ofreció prueba Documental: I. Carta poder. II. Fotocopia de DNI de sus representados. III. Copia de las cartas documento: CD 929185946 y CD951296009 IV. Copia concordada de la partida de Defunción del Sr. Reartes, Victor Mariano. V. Copia concordada de la partida de nacimiento de Reartes, Tiziano Leonel, y Reartes Altamira, Brisa Antonella. VI. Copia de la Licencia Nacional Habilitante del Sr. Reartes, lo que acredita que se encontraba apto físicamente para conducir un camión. VII. Copia de la factura correspondiente a los gastos de sepelio que debieron ser cubiertos por la demandada. VIII. Copia de la constancia de AFIP de la demandada. IX. Fotografías donde quedó el camión que conducía el Sr. Reartes luego de su muerte. X. Copia concordada de la denuncia efectuada ante la dirección de defensa del consumidor y de la constancia de turno de audiencia. XI. Copias concordadas de las actas labradas ante la dirección de defensa del consumidor con fecha 17/10/2019 y 31/10/2019. XII. Copia concordada del certificado de culminación de instancia ante la Dirección de Defensa del Consumidor. XIII. Copia concordada del escrito presentado por la demandada con fecha 25/10/2019. XIV. Copia de la Solicitud de accidentes personales, Solicitud Individual de Incorporación (sin designación de beneficiario) y denuncia de siniestro, todo ello acompañado por la demandada ante la DIRECCION DE DEFENSA DEL CONSUMIDOR. XV. Copia de Póliza sobre accidentes personales. XVI. Impresión de la publicidad efectuada por la demandada en su página web respecto del servicio de seguro contratado por el Sr. Reartes (<https://www.lasegunda.com.ar/accidentes-personales/premium>).

También ofreció reconocimiento, prueba de informes, testimonial y confesional.

Con fecha 26/12/19 se imprimió el trámite de ley.

Con fecha 13/02/20 compareció el abogado Andrés Acosta, en carácter de apoderado de REARTES TOURN, NAOMÍ SOLANGE, y dijo que adhería a su representada a la demanda incoada en autos. Asimismo, ratificó todas las actuaciones realizadas por los demandantes en virtud de lo establecido en el art. 2326 del C.C.C.N. Dijo que el Vínculo con el Sr. Reartes se encuentra acreditado mediante la partida de nacimiento oportunamente incorporada en autos.

Con fecha 05/3/20 compareció la parte demandada, a través de su apoderado, abogado Alberto SOBRERO y contestó la demanda. En tal oportunidad expresó lo siguiente:

INEXISTENCIA DE COBERTURA - LAS CONDICIONES GENERALES y PARTICULARES DE LA PÓLIZA: Ab initio del presente escrito de responde, dejó invocada formal Inexistencia de Cobertura, en función de que el OBJETO ASEGURADO mediante la Póliza N° 42694700 celebrada entre su representada y el Sr. Víctor Mariano REARTES, no se condice con la forma en que ocurrió el deceso del nombrado.

Dijo que la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) es el Ente regulador en la materia, que fija las Condiciones Generales Comunes a todos los Contratos que celebren las Compañías Aseguradoras. Estas condiciones -irrenunciables, irrevocables- resultan de estricta aplicación para las partes contratantes (Asegurado/Aseguradora). Es Ley para las partes.

Las condiciones generales, son únicas para todos los asegurados, y suponen el conjunto de los principios básicos que ha fijado la SSN para regular la totalidad de contratos formalizados en un ramo o producto determinado, tales como la forma en que se liquidan las indemnizaciones o se cobran las primas, las comunicaciones mutuas entre asegurador y asegurado, etc. También incluyen las definiciones y las exclusiones que se aplican, de forma general, al contrato de seguro.

Aunque la Ley N° 17.418 no brinde una definición del seguro de accidentes personales, la póliza aprobada lo considera como la cobertura de toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el asegurado

independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de y con un agente externo.

En el caso que nos ocupa, la CLÁUSULA 2 de las “Condiciones Generales Comunes” dispone: *“A los fines de la presente póliza, se entiende por: ... Accidente: a los efectos de este seguro, se entiende por accidente cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. ...”*

Así las cosas, y tal como se reconoce en la demanda de autos, el Asegurado falleció de un infarto, por lo cual NO HA EXISTIDO un “hecho súbito y violento originado por un agente externo como causa del accidente”.

Es decir, no se han dado las condiciones establecidas por la Póliza para la procedencia de la indemnización reclamada, esto es, reiteramos: NO ESTAMOS FRENTE A UN HECHO SÚBITO Y VIOLENTO, CAUSADO POR UN AGENTE EXTERNO.

El fallecimiento del Sr. REARTES no se encuentra amparado por la Póliza en cuestión.

Así la cuestión, la Inexistencia de Cobertura impetrada por su representada es palmaria. Pidió se haga lugar a la misma, con costas.

LA PLENA VALIDEZ y EFICACIA DE LA PÓLIZA - EL CUMPLIMIENTO DE SU MANDANTE:

Aduce la parte actora en su postulación inicial que no contaba con copia de la póliza, que hubo un -supuesto- incumplimiento de la obligación del proveedor de brindar información clara y detallada del servicio que ofrece. Asimismo, expresa que la póliza no contiene la firma del Sr. Reartes, por lo que el mismo desconocía el aseguramiento.

Negó, impugnó, cuestionó y controvirtió todos los hechos y dichos expresados.

Destacó que el tomador de la Póliza, Sr. Víctor Mariano REARTES, hubo mensualmente pagado el importe de las cuotas de la prima, lo cual se constituye en prueba del conocimiento de la existencia de la Póliza mencionada.

Resaltó que, en la actualidad, con el avènement de tecnología, internet es un ámbito de interacción importante entre Aseguradora y Asegurados. Ante este escenario, la Resolución N° 38.708 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (denominada “Reglamento General de la Actividad Aseguradora” -RGAA-) se ha estado actualizando para regular lo que se denomina “entrega de la póliza por medios electrónicos”. Este sistema permite el envío de la póliza y diversos documentos al tomador/asegurado utilizando medios como el correo electrónico.

La Resolución 219/2018, en su exposición de motivos, justifica una nueva modificación del citado Reglamento -RGAA- diciendo que “imperla la exigencia de ampliar los medios de entrega de la documentación brindada a los tomadores y/o asegurados, toda vez que las nuevas tecnologías han sido adoptadas masivamente por la población” y que “es intención de este Organismo contribuir a la digitalización de la industria de seguros, facilitando la agilización y simplificación de procesos al ampliar los medios a través de los cuales los asegurados se vinculan con sus coberturas”.

Así, la posibilidad de entrar con seguridad en la era digital con los seguros comienza a consolidarse el 1° de Agosto de 2015 con los cambios introducidos mediante la sanción del Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994) que ha regulado los contratos de adhesión concluidos por medios electrónicos, ya que ellos representan una de las formas de comercialización con más número de adeptos en el mercado de seguros digital.

La contratación se basa en la manifestación del consentimiento del asegurado que “se realiza mediante la utilización de algún elemento electrónico, con influencia decisiva, real y directa sobre la formación de la voluntad, el desarrollo o la interpretación de un acuerdo”. Así, el art. 1105 del Código Civil y Comercial de la Nación define que los contratos celebrados a distancia son aquellos concluidos entre un proveedor (asegurador) y un consumidor (asegurado) con el uso exclusivo de medios de comunicación a distancia, entendiéndose por tales los que pueden ser utilizados sin la presencia física simultánea de las partes contratantes.

Aclarando que, en especial se consideran así a los medios postales, electrónicos, telecomunicaciones, así como servicios de radio televisión o prensa que presentan.

En este entorno la RGAA, en el punto 25, regula la “Oferta y Comercialización a distancia” garantizando un trato digno y equitativo al asegurado y obligando a la identificación de la aseguradora y productor que interviene en la contratación, además de incluir información clara, precisa y veraz acerca del seguro ofrecido (riesgo cubierto, sumas aseguradas, premio del seguro y forma de pago y advertir si las pólizas contienen exclusiones y límites) garantizándole al asegurado poder tener acceso en forma previa a las condiciones contractuales de la póliza.

Los contratos de seguros son, muy generalmente, escritos pues su contenido ha de ser transformado en un texto gramatical (al que llamamos póliza) grabado en soporte permanente y duradero que permita su lectura.

Así, nuestra la Ley 17.418 refiere a ello cuando regula la forma en que se prueba el contrato de seguros diciendo “...el contrato de seguro sólo puede probarse por escrito...” pero aclara que “...sin embargo, todos los demás medios de prueba serán admitidos, si hay principio de prueba por escrito”.

En lo que a nuestro tema regula es que la entrega por medios electrónicos puede efectuarse a través de: a) Envío de la documentación por correo electrónico del asegurado y/o tomador, que debe ser declarado al momento de solicitar la contratación, sea esta en forma personal o por medios electrónicos. b) Puesta a disposición en la página web de la aseguradora, cuya dirección debe constar en los formularios de propuesta del seguro o en la página web por la cual, el asegurado y/o tomador haya solicitado la contratación de la póliza y c) Puesta a disposición a través de aplicaciones móviles, que deben ser indicadas por la aseguradora al momento de la contratación de la póliza.

Por otro lado, el nuevo punto 25 del RGAA exige a las aseguradoras que utilicen los medios electrónicos para la contratación y venta de seguros, la visibilidad y el fácil acceso en su

página web de inicio (página web institucional) de la información acerca de la forma de requerir copia de la póliza u otra documentación contractual, efectuar una denuncia de siniestro, acceder al Servicio de Atención al Asegurado y solicitar la rescisión del seguro. Y así, textualmente, la Resolución N° 38.708/2014 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, en su articulado 25.2.3. Dice: “Documentación susceptible de envío por medios electrónicos: a) Pólizas, endosos, certificados de cobertura, certificados de incorporación a pólizas colectivas, constancias de coberturas e informes sobre el estado de la póliza y/o certificados individuales. ...”.

A su vez, la Resolución N° 219/2018 también de la Superintendencia, dispone:

“Artículo 1º: Sustitúyase el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (t.o. Resolución SSN N° 38.708 de fecha 6 de noviembre de 2014, sus modificatorias y complementarias) por el siguiente: 7.8. FIRMA FASCIMILAR PARA SUSCRIBIR PÓLIZAS: La utilización de firma fascimular para suscribir pólizas debe tratarse y aprobarse en el Acta de Directorio, Acta del Consejo de Administración o por decisión del representante legal inscripto en caso de sucursales extranjeras, según corresponda, consignando las personas facultadas para ello, con expresa renuncia a oponer defensas relacionadas con la falsedad o inexistencia de firma. En el frente de las pólizas así firmadas debe incluirse el siguiente texto: LA PRESENTE PÓLIZA SE SUSCRIBE MEDIANTE FIRMA FASCIMILAR CONFORME LO PREVISTO EN EL PUNTO 7.8. DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.”

Y adviértase que al pie de la Póliza en cuestión, contiene la leyenda: “ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION. N° PROVEIDO: 87.958. LA PRESENTE PÓLIZA SE SUSCRIBE MEDIANTE FIRMA FASCIMILAR CONFORME LO PREVISTO EN EL PUNTO 7.8. DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA”.

Por lo cual, los cuestionamientos formulados por los actores carecen de toda razón y Derecho,

toda vez que su representada ha emitido una PÓLIZA en LEGAL FORMA, de la cual HA HECHO ENTREGA ELECTRÓNICAMENTE al Asegurado al correo electrónico por él denunciado al momento de tomar el seguro.

Señaló que los hoy actores (Sra. Esposa del extinto e Hijos), al no ser los “tomadores” del Seguro no tuvieron conocimiento del contenido de la Póliza que cuestionan en la demanda, ello no les permite tildar de NULO el Contrato de Seguro suscripto entre el Sr. Victor Mariano REARTES y LA SEGUNDA CIA. DE SEG. DE PERSONAS S.A.

Todo ello, sin perjuicio del planteo descripto en el apartado II-) del presente escrito de responde, con relación a la Inexistencia de Cobertura por Exclusión del Objeto Asegurado.

Así las cosas, es improcedente la suma de Pesos Un Millón Cuatrocientos Seis Mil Doscientos Cincuenta (\$1.406.250.-) en concepto de -supuesto, negado y cuestionado- Daño Punitivo, ya que, como podrá apreciar, NO ha existido por parte de mi mandante INCUMPLIMIENTO alguno que habilite la justificación de la exorbitante suma pretendida. Así lo dejó expresamente peticionado, con costas.

EN SUBSIDIO: NIEGA - CUESTIONA - CONTROVIERTE:

Solo en forma subsidiaria al planteo efectuado con anterioridad, respecto de la Inexistencia de Cobertura articulada por su representada, procedió a contestar solicitando desde ya el rechazo total de la misma, con las pertinentes costas de ley.

Negó y controvirtió todos y cada uno de los términos de la demanda, los hechos, dichos, los supuestos daños reclamados y demás circunstancias denunciadas, la pretensión económica esgrimida, el derecho invocado, la totalidad de la documentación acompañada y/o la documental y/o instrumental que eventualmente se encuentre reservada en Secretaría, como así también todo cuanto se ha afirmado y/o pretendido en el escrito introductorio, debiendo entenderse el silencio como una expresa manifestación de rechazo y negación de todo lo afirmado por la parte actora y no como un acto de asentimiento y/o consentimiento de sus negadas afirmaciones.

Negó, cuestionó y controvertió que el Sr. Víctor Mariano REARTES no tuviera conocimiento del contenido de la Póliza y/o que careciera de una copia de la misma, como de que su Familia desconociera qué es lo que señala la Cláusula N° 2 de las Condiciones Generales. Por los argumentos vertidos, se cuestiona e impugna que el Sr. REARTES cumpla con los requerimientos exigidos por la Póliza para acceder al cobro de la indemnización allí contemplada. Se niega y controvierte que el Asegurado hubiera sufrido un accidente súbito y violento (infarto) derivado de una causa externa e involuntaria. Se impugna y controvierte que hubiera existido por parte de La Segunda Cia. de Seguros de Personas S.A. un incumplimiento de la obligación de informar. Se impugna y cuestiona que la documentación acompañada por su representada en la Dirección de Defensa del Consumidor no tenga validez alguna por carecer de firma (a tales efectos, se remitió a la exposición plasmada en el apartado III-).

En definitiva, se impugnó, cuestionó, negó y controvertió todos y cada uno de los hechos y dichos expresados por los accionantes en su postulación inicial.

A mérito de ello, **interpuso Excepciones de: Falta de Acción y Derecho, Falta de Legitimación Activa y Pasiva Sustantiva, Inexistencia de Cobertura, en Subsidio Plus Petición Inexcusable.**

EN SUBSIDIO: INVOCA LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA:

Solo en forma subsidiaria al planteo efectuado con anterioridad, respecto de la Inexistencia de Cobertura articulada por su mandante, invocaron el límite máximo de cobertura contratado, y que en el supuesto asciende a la suma de Pesos Setecientos Cincuenta Mil (\$750.000.-).

Citó el precedente “Aquino” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el que dijo que: “las aseguradoras responden en la medida del aseguramiento”.

Siendo Jurisprudencia del más Alto Tribunal de la Nación, la misma es de “obligada aplicación en orden a no producir un desgaste jurisdiccional innecesario”. Así se dejó expresamente pedido.

En Subsidio: Solicitó costas conforme lo dispone el art. 730 del Cod. Civ. y Com.

En subsidio y para la improbable hipótesis de acogimiento parcial o total de la demanda, más allá de la reserva de los recursos de ley, pidió la estricta aplicación de lo dispuesto por el art. 730 del Cod. Civ y Com.

“...Si el incumplimiento de la obligación, cualquiera sea su fuente, derivase el litigio judicial o arbitral, la responsabilidad por el pago de las costas, incluidos los honorarios profesionales de todo tipo allí devengados y correspondientes a la primera o única instancia, no excederá del veinticinco por ciento (25 %) del monto de la sentencia, laudo, transacción o instrumento que ponga fin al diferendo. Si las regulaciones de honorarios practicadas conforme a las leyes arancelarias o usos locales, correspondientes a todas las profesiones y especialidades superan dicho porcentaje, el juez procederá a prorratear los montos entre los beneficiarios. Para el cómputo del porcentaje indicado, no se tendrá en cuenta el monto de los honorarios de los profesionales que hubieren representado, patrocinado o asistido a la parte condenada en costas”.

Ofreció prueba Documental - Instrumental:

a-) Las constancias de autos, únicamente en cuanto favorezcan la postura de su representada.

Pericial Contable y Confesional:

Hizo reserva del Caso Federal. Para la improbable hipótesis de que no sean atendidas las presentes defensas y se acogiere total o parcialmente la demanda dejando de lado “todas las defensas”, “normativa legal y jurisprudencia vigente” y demás citas efectuadas, desde ya dejó sentado que un pronunciamiento en tal sentido, será conculcatorio del “derecho de propiedad” de su parte, como también lo situaría frente a la figura de una sentencia “arbitraria”, lo cual nos autorizaría a elevar nuestra queja a la C.S .J.N., por lo que dejamos en consecuencia expresada formal reserva del Recurso Extraordinario ó Caso Federal de la Ley 48.

Corrido el traslado de la excepciones, estas fueron contestadas por la parte actora con fecha 05/3/20. En tal oportunidad dijo que respecto a las excepciones de “inexistencia de

cobertura”, “Falta de Acción y Derecho”, y “Falta de Legitimación Activa y Pasiva Sustantiva”, se remitían a los argumentos relatados en la demanda. Sin perjuicio de ello, negaron terminantemente que la demandada haya remitido por correo electrónico (o cualquier otra vía electrónica) al Sr. Victor Mariano Reartes y/o a esta parte una copia de la póliza. Destacaron la incoherencia de lo manifestado por la aseguradora: de la propia póliza surge que aquélla no solicita a los asegurados, dentro de sus datos personales, su correo electrónico. Por ende, se preguntaron, ¿cómo es posible que la aseguradora remita las pólizas vía correo electrónico a los asegurados, si ni siquiera cuenta con el correo electrónico de aquéllos? Por todo lo expuesto, solicitaron que se rechacen las excepciones planteadas por la demandada.

En relación a la excepción de plus petición inexcusable, dijeron que la parte demandada efectuó un planteo vacío de fundamentos. Es decir, no argumentó de qué manera esta parte cuantificó erróneamente las pretensiones, y de qué manera el error debe interpretarse como inexcusable. En base a ello, esta parte no puede esgrimir defensa alguna frente a dicha excepción. En consecuencia, solicitaron que se rechace sin más la excepción planteada por la demandada.

Impugnaron la prueba pericial contable por medio de Oficio Ley 22.172 ofrecida por la parte demandada. Es importante destacar que la demandada puede suplir el punto a) acompañando la póliza en cuestión. Resaltaron que la póliza se encuentra incorporada al expediente dado que fue acompañada por la propia compañía ante la Dirección de Defensa del Consumidor y Lealtad Comercial de la Provincia de Córdoba.

Respecto al punto b), dijeron la compañía pretende probar un hecho que no se encuentra controvertido. Evidentemente el Sr. Reartes se encontraba pagando la póliza y ésta se encontraba vigente. La causa del rechazo del siniestro argüida por la compañía fue la no concurrencia del hecho cubierto; y no la falta de vigencia de la póliza, o la falta de pago de la prima.

Solicitaron que se rechace la realización de la pericia contable, y para el caso improbable que fuera admitida, pidieron que se lleve adelante en los estrados de este tribunal dado que puede ser llevada adelante en esta circunscripción sin ningún tipo de problema.

Con fecha 17/7/20 el Asesor Letrado del Primer turno asumió intervención en la causa en los términos de lo dispuesto por el art. 103 y concordantes del Código Civil y Comercial de la Nación (Ley N° 26.994), en el carácter de representante complementario del menor de edad Tiziano Leonel Reartes. En tanto el 19/8/20 lo hizo la Fiscal del 1er turno de esta sede, en razón de lo dispuesto por el art. 52. LDC.

El 27 de noviembre de 2020 se llevó a cabo la audiencia preliminar prevista por la ley 10.550, en la que comparecieron los actores **Reartes Tourn, Naomí Solange, DNI N° 41.034.917, Reartes Altamira, Brisa Antonella, DNI 42639710, y Ana María ALTAMIRA, DNI 30.262.450, en representación del menor Reartes, Tiziano Leonel, DNI 50239378,** y acompañados de su Apoderado, abogado Acosta Andrés, M.P. 10-388, y por otra parte el apoderado de la parte demandada, el abogado Mariano Gardella, Abogado, M.P. 10-525. En dicha oportunidad las partes no arribaron a un acuerdo, por lo cual se fijaron los hechos litigiosos: 1- Determinar si el infarto que sufrió el Sr. Reartes califica como accidente. 2-Determinar si los términos de la Cláusula 2, que se transcribe a continuación: cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. ...” están relatados en forma ambigua y confusa. 3-Si se ha cumplido con el deber de información; y se proveyó la prueba a diligenciar en autos.

Diligenciada la prueba, se llevó a cabo la audiencia complementaria, en la que se receptaron las testimoniales y declaraciones de las partes. Si bien en esa instancia se debía dictar el decreto de autos, como aún no se había resuelto del beneficio de litigar sin gastos incoado por los actores, se difirió su dictado, lo que ocurrió con fecha 21/4/2022. Encontrándose firme y consentido dicho decreto, queda la cuestión en estado de ser resuelta.

Y CONSIDERANDO:

1-La cuestión a resolver:

Las Sras. Reartes Tourn, Naomí Solange, DNI N° 41.034.917, Reartes Altamira, Brisa Antonella, DNI 42639710, y Ana María Altamira, DNI 30.262.450, en representación del menor Reartes, Tiziano Leonel, DNI 50239378, por intermedio de su abogado apoderado iniciaron demanda de cumplimiento de contrato y daño punitivo en contra de LA SEGUNDA CÍA. DE SEG. PERSONAS S.A., CUIT 30500034625, persiguiendo el cobro de la suma de Pesos dos millones ciento cincuenta y seis mil doscientos cincuenta (2.156.250,00), con más Intereses y ajustes por devaluación.

Relataron que el Sr. Víctor Mariano Reartes, difunto padre de los actores, era chofer de camiones y era asegurado y beneficiario de un seguro de accidentes personales brindado por la demandada, Póliza N° 42694700. Con fecha 14/07/2019 el Sr. Reartes se encontraba en el puerto en la zona de Rosario haciendo fila para descargar el camión que conducía. En ese momento aprovechó a descubrir las lonas que tapan el camión, a los fines de la posterior descarga de cereal y sufrió un infarto luego del esfuerzo realizado para destapar el camión, lo que significa que el hecho súbito y violento (infarto) ocurrió a causa de un agente externo. Reclamaron por carta documento el pago de la cobertura por muerte, contratada en la referida póliza, de \$ 750.000, pero la aseguradora negó la cobertura alegando que es un riesgo no cubierto. Refirieron que hicieron el reclamo ante la Dirección De Defensa Del Consumidor, donde la compañía de seguros también negó la cobertura. Alegaron incumplimiento del deber de información que impone la Ley defensa del Consumidor, por parte de la demandada y solicitaron la suma de \$ 1.406.250 en concepto de Daño punitivo.

Por su parte, la demandada se opuso a la procedencia de la acción. Como defensa principal invocó la Inexistencia de Cobertura, en función de que el objeto asegurado mediante la Póliza N° 42694700 celebrada con el Sr. Victor Mariano REARTES, no se condice con la forma en que ocurrió el deceso del nombrado. Es decir, el asegurado falleció de un infarto, por lo cual

no ha existido un “hecho súbito y violento originado por un agente externo como causa del accidente.

Alegó que las pólizas se entregan de manera electrónica y que sí se cumplió el deber de informar al tomador del seguro. Opuso excepciones de: Falta de Acción y Derecho, Falta de Legitimación Activa y Pasiva Sustantiva, Inexistencia de Cobertura, en Subsidio Plus Petición Inexcusable. También planteó, en subsidio, el límite máximo de cobertura contratado, y que en el supuesto asciende a la suma de Pesos Setecientos Cincuenta Mil (\$750.000.-).

Todo ello, en base a los argumentos expuestos por las partes en sus presentaciones y que fueran reproducidos en los vistos de esta resolución, a cuya lectura me remito, en honora a la brevedad.

Han asumido intervención el Ministerio Público Fiscal (art. 52, LDC) y el Asesor Letrado del Primer Turno en carácter de representante complementario del menor Reartes, Tiziano Leonel.

La causa ha sido tramitada conforme al procedimiento previsto por la Ley 10555 y su Protocolo de Gestión de Audiencias Civiles.

De esta manera queda circunscripta la cuestión a resolver.

2- En relación al Proceso Oral- Aclaración preliminar:

Lo primero a destacar es que el presente ha sido tramitado bajo la modalidad de proceso por audiencias, regulado por la Ley 10.555 y su Protocolo de Gestión de Audiencias Civiles, en el que se combinan estratégicamente la oralidad y la escritura, teniendo en consideración los aportes y utilidades que brinda cada sistema para lograr una mejor calidad en la justicia civil (Cfr. GONZALEZ ZAMAR, Leonardo, en Proceso Oral de la Provincia de Córdoba. Ley 10555- Director: Maximiliano Calderón, Ed. Advocatus, Cba.2018, pág17/18).

Cabe destacar también que en este tipo de procesos se hace hincapié en los principios de

inmediación, concentración y oficiosidad, moralidad, buena fe y colaboración procesal, simplificación y flexibilidad de las formas, publicidad y transparencia, tutela judicial efectiva, entre otros.

Ahora bien, en lo relativo al dictado de la sentencia, dicha normativa impone al Juez redactar las resoluciones en términos claros y comprensibles para el justiciable. Habida cuenta la trascendencia que la sentencia tiene en el proceso, es un texto que reclama una redacción que asegure con la mayor eficacia posible su claro entendimiento. Ello va de la mano con las exigencias que imponen los tratados internacionales que velan por el principio de tutela judicial efectiva, la que demanda que el justiciable puede comprender claramente la decisión adoptada por el Tribunal.

En consecuencia, si bien no es posible omitir ninguna de las partes que conforman una sentencia (fecha, vistos, considerando y resuelvo), hoy se hace necesario desterrar ese exagerado formulismo y utilizar modos más simples y modernos, textos menos extensos (en la medida de lo posible) y, sobre todo, apelar a un lenguaje claro y entendible para cualquier ciudadano.

Todo ello se intentará plasmar en el presente texto, a los fines de facilitar su comprensión por parte de las justiciables, y sin perjuicio de la explicación que cada uno de los abogados deberá brindarle sobre cuestiones técnicas y jurídicas.

3- Ley aplicable- Existencia de una relación de consumo:

Lo primero a determinar es la ley aplicable en el presente.

De acuerdo a la fecha a la que se remiten los hechos en que los actores fundan su demanda corresponde la aplicación del nuevo Código Civil y Comercial (en adelante CCC).

Por otro lado, debe analizarse también la naturaleza de la relación jurídica sustancial, conforme las constancias de autos, y en virtud de ello, determinar si corresponde afrontar la

cuestión a la luz de las disposiciones previstas en el régimen de Defensa al Consumidor (en adelante LDC), pues en caso afirmativo, ello supondría la aplicación de un paradigma tuitivo que impone reglas de interpretación y apreciación propias, marcadamente disímiles con relación al supuesto en que su aplicación fuera improcedente.

La parte actora a invocado la aplicación de la LDC, alegando que el contrato de seguro de accidentes personales contratado por el Sr. Víctor Reartes constituye un típico contrato de adhesión, siendo el asegurado un consumidor final y la compañía aseguradora una proveedora profesional de servicios.

Entiendo que no caben dudas que el marco regulatorio de las compañías de seguros está dado por lo establecido en las leyes Ley 17.418 y 20.091, que resultan de aplicación en la presente causa, por ser ley especial. Pero en el caso bajo estudio, al tratarse un contrato de seguro por accidentes personales, se evidencia una particular forma de contratación, por adhesión a cláusulas predispuestas en la póliza. En razón de ello, este contrato no debe ser visto sólo a la luz de la autonomía de la voluntad (art. 958 del CCC) ya que la facultad de negociación se vio absolutamente reducida para el adherente, por existir cláusulas predispuestas por la empresa. Por otro lado, la compañía de seguros demandada debe ser calificada como un proveedor profesional de servicios, conforme a la definición que brinda el art. 2, de la ley Defensa del Consumidor. Por su parte, tanto el tomador de la póliza (y por consiguiente su co-contratante) como los beneficiarios de la prima en caso de su muerte, son destinatarios finales del servicio (art. 1, LDC, art. 1092, CCC) y los únicos que tienen el derecho al reclamar el pago de la indemnización si se verifica el cumplimiento del/los hechos condicionantes.

Consecuentemente, encontrando que en el presente caso existió una relación de consumo dentro del contrato de seguro, debe aplicarse la Ley de Seguros y la Ley de Defensa al Consumidor como así también las disposiciones del nuevo Código Civil y Comercial en relación al contrato de consumo, teniendo en consideración que el art. 2° de dicho cuerpo normativo exige que la interpretación sistémica de ley debe de hacerse de modo coherente con

todo el ordenamiento.

Respecto al análisis de la prueba incorporada, para indagar si han sido cumplidos los presupuestos condicionantes de esta acción, se analizarán los planteos suscitados para lo cual es menester valorar la conducta desplegada y aptitudes adoptadas por la partes, según la reseña de los hechos formuladas, y lo que, en definitiva, surja de la prueba obrante en el expediente, la que será valorada de conformidad a la regla de la sana crítica racional, en un todo de acuerdo con lo establecido en la norma del art. 327, CPC., partiendo de la premisa que los jueces no están obligados a analizar todas y cada una de las argumentaciones de las partes, sino tan sólo aquéllas que sean conducentes y posean relevancia para decidir el caso.

4.- Legitimación:

Corresponde analizar primero la legitimación sustancial de las partes, puesto que si se careciera de ella, ningún derecho podrá serle reconocido.

En el caso, los actores fundan su acción en la existencia de un contrato de seguro de accidentes personales, tomado por el Sr. Víctor Mariano Reartes en la compañía de seguros demandada. En tanto la demandada no ha desconocido la contratación, y se ha incorporado, como prueba documental, la Póliza Nro.42694700, con lo cual ha quedado demostrada la relación contractual invocada. De la misma póliza surge que los beneficiarios son los herederos legales (ver pág. 17- Documental 2- adjunta a la Demanda).

Por otro lado, encuentro acreditado el fallecimiento del Sr. Reartes (Acta 168 del 15/7/19 de la Of. Registro Civil de Granadero Baigorria y transcripción en Of. Registro Civil de Almafuerde- Acta 165- Tomo 1A de 2019), y el carácter de hijos de Brisa y Tiziano Reartes, con sus respectivas actas de nacimiento (ver documental 1 adjunta a la demanda). En tanto, no se verifica el acta de nacimiento de la Sra. Reartes Tourn, Naomí Solange, DNI N° 41.034.917, sin embargo, su carácter de hija no ha sido cuestionado por la contraria.

Ahora bien, la parte demandada dice oponer excepción de Falta de Legitimación Activa y Pasiva Sustantiva, pero no fundamentó dicha defensa de manera específica o precisa.

Entiendo que la excepción deriva de la defensa principal fundada en la Inexistencia de Cobertura, por considerar que el fallecimiento del Sr. Reartes, por el modo en que ocurrió, no se encuentra amparado por la Póliza en cuestión. No obstante, ello resulta la principal cuestión controvertida en esta causa, que será tratada seguidamente.

Por otro lado, no se puede desconocer que los actores reclaman daño punitivo, fundado en el supuesto incumplimiento del deber de información previsto por la LDC, lo que también merece un tratamiento exhaustivo.

En base a ello, sin perjuicio de lo que surja de la prueba incorporada en la causa, para determinar la existencia o no de los presupuestos en que fundan la pretensión, en principio la legitimación sustancial, tanto activa como pasiva, luce en principio correcta.

5- Hechos litigiosos- Análisis de los presupuestos de la acción y prueba:

En la audiencia preliminar quedaron establecidos los siguientes hechos litigiosos:

a-Determinar si el infarto que sufrió el Sr. Reartes califica como accidente.

b-Determinar si los términos de la Cláusula 2, que se transcribe a continuación: *“cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. ...”* están relatados en forma ambigua y confusa.

c-Si se ha cumplido con el deber de información.

Corresponde, entonces, ingresar al análisis de cada uno y de la prueba rendida al respecto.

a-Determinar si el infarto que sufrió el Sr. Reartes califica como accidente.

En este punto debemos recordar que los actores alegaron que el Sr. Victor Mariano Reartes falleció mientras se encontraba en el puerto en la zona de Rosario, haciendo fila para descargar el camión que conducía. Dijeron que en ese momento aprovechó a descubrir las lonas que tapan el camión, a los fines de la posterior descarga de cereal, y sufrió un infarto luego del esfuerzo realizado para destapar el camión, lo que significa que el hecho súbito y violento (infarto) ocurrió a causa de un agente externo.

Por su parte, la demandada funda su defensa en que si el asegurado (Reartes) falleció de un infarto, no ha existido un “hecho súbito y violento originado por un agente externo como causa del accidente”. A tal fin, citó la definición de accidente brindada en la CLÁUSULA 2 de las “Condiciones Generales Comunes” de la Póliza.

Como se sabe, el artículo 1º de la Ley de Seguros (LS) define el contrato como: "*Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto*". La doctrina que sigo en la materia, lo define como el contrato por adhesión por el cual una de las partes, el asegurador, se obliga, contra el pago o la promesa de pago del premio efectuado por el asegurado, a pagar a éste o a un tercero la prestación convenida, subordinada a la eventual realización (siniestro) del riesgo, tal como ha sido determinado, durante la duración material del contrato (cfr. STIGLITZ, Rubén S. , Derecho De Seguros -Tomo I-6ª Edición, Ed. La Ley Bs. As año 2016, pág.61/62).

El mismo autor explica que el objeto del contrato de seguro se halla constituido por la operación jurídico-económica, que consiste en el intercambio de una prima -cuyo pago se halla a cargo del asegurado-, por el resarcimiento de un daño o el cumplimiento de la prestación convenida -a cargo del asegurador-, si se verifica un evento susceptible de provocar daño al patrimonio o persona del asegurado, o se cumple el presupuesto al que se halla subordinado el cumplimiento de la prestación. Lo expuesto es lo que caracteriza al seguro como contrato aleatorio, pues las ventajas o pérdidas dependen de la realización de un acontecimiento incierto (art. 968, CCC). La asegurabilidad del riesgo se halla condicionada por la incertidumbre de verificación del evento (cfr. obra citada, pág. 257).

La materia del contrato es (debe ser) la cobertura de un riesgo asegurable, pues lo que al tiempo del perfeccionamiento del contrato aquéllos (asegurado y asegurador) consideran es la hipótesis de realización del mismo (siniestro).

El riesgo asegurable constituye la probabilidad o posibilidad (contingencia) de realización de

un evento dañoso (siniestro) previsto en el contrato, y que motiva el nacimiento de la obligación del asegurador, consistente en resarcir un daño o cumplir la prestación convenida (art. 1,LS.). El riesgo asegurado debe recaer sobre cualquier interés asegurable lícito (art. 2, LS.). Es decir, debe ser incierto (eventual), ya sea el acontecimiento mismo o la realización del riesgo, o la oportunidad (momento) en que se verifique, cuando sea cierto su acaecimiento.

Asimismo, resulta esencial la determinación del riesgo asegurado, por la función que cumple en el contrato, desde que a partir de aquélla determinación es factible identificar cuál es el riesgo asegurado sobre el que operará la garantía comprometida por el asegurador y cuál es el evento al que se halla subordinada su obligación. Porque **el asegurador sólo se halla obligado a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto (art. 1º, L.S.) en el marco de un riesgo debidamente determinado.** Por ello, **la enumeración de los riesgos y la extensión de la cobertura debe apreciarse literal, restrictiva o limitativamente, por lo que no es admisible la interpretación analógica ni extensiva de la póliza para determinar (ampliar o restringir) el riesgo asegurado, dado que ampliar la garantía asegurativa produciría un grave desequilibrio en el conjunto de sus obligaciones, específicamente en la necesaria relación de equivalencia entre riesgo y prima** (cfr. obra citada, pág.263- énfasis añadido).

Por su parte, el seguro de accidentes personales tiene la finalidad de reparar, sea en forma de indemnización, de renta o de asistencia médica, el daño sufrido por el asegurado, en su persona o en la de otro (beneficiario), como consecuencia de un accidente. Y aquí surge el gran dilema de definir la palabra “accidente”.

Stiglitz explica que la ley omite definir qué es el accidente personal, por lo que habrá de estarse a la definición que suministra la póliza. Entiende que disponer de una noción del accidente corporal es esencial pues determina la extensión de la garantía asegurativa, por lo que, sin perjuicio de la definición predispuesta por el asegurador, afirma que el seguro de

accidente personal cubre toda lesión respecto de: "**Todo evento fortuito, súbito, imprevisto, violento e independiente de la voluntad del asegurado, que origina su muerte, lesiones o enfermedad**". También afirma que la mayoría de las pólizas que circulan en el mercado asegurador aluden predominantemente a "**toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo**"(cfr. ob. Citada, Tomo 5, pág. 336/337). De allí que se exija la acreditación de la causa externa, violenta, fortuita, ajena a toda otra causa.

Por su parte, Lopez Saavedra afirma que hay una laguna normativa respecto a la definición del seguro de accidentes personales y, a qué es un accidente personal, pero llegado al caso de que deba determinarse si se está o no frente a un riesgo cubierto, debe estarse al concepto que se encuentre definido en la póliza respectiva (cfr. Lopez Saavedra, Domingo, Ley de Seguros 17.418- Comentada y Anotada, Ed. La Ley, Bs.As, 2009, pág.267).

En el caso de autos, la cláusula 2 de las Condiciones Generales de la Póliza de accidentes personales, contratada por el Sr. Víctor Mariano Reartes con la empresa La Segunda, dice: "***Accidente: a los efectos de este seguro, se entiende por accidente todo acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta***". Es decir, en general, la cláusula coincide con la propia definición que brinda la doctrina y con la que contienen la mayoría de las pólizas que circulan en el mercado.

Ahora bien, en autos los actores afirman que el Sr. Reartes falleció de un infarto. Sin embargo, el acta de defunción, en lo referente a la causa de la defunción, dice que se debió a una "Enfermedad", según certificado médico expedido por la médica Vanesa Marinovich- Matricula 21775 (ver documental 1 adjunta a la demanda).

En tanto, el Anexo 1 de las Condiciones Generales de la Póliza de accidentes personales, al tratar las exclusiones de cobertura, dice: "*Quedan excluidos de la cobertura que otorga la*

Póliza los daños sufridos por el asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de: Accidentes que no encuadren en la definición de accidente de la Cláusula 2 de las Condiciones Generales comunes o cualquier otra definición de accidente que la reemplace en esta póliza – Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por picaduras de insectos...”.

De la lectura de la cláusula, entonces, es fácil deducir que los daños ocasionados por Enfermedades en general, no tienen cobertura por este seguro. Luego, si la causa de muerte del Sr. Reartes, según el acta de defunción que se basa en el certificado expedido por la médica que constató el deceso, fue una Enfermedad, puede concluirse que esa consecuencia no contaba con la cobertura de la póliza Nro. 42694700, tal como lo afirma la parte demandada.

Ocurre que, aun cuando los testigos que declararon en la audiencia preliminar dijeron saber que Reartes murió de un infarto, ninguno estuvo presente cuando ocurrió el hecho. Si bien el Sr. Maximiliano Fernández dijo que estaba en el mismo lugar el día del hecho, pero no lo presencié. El testigo dijo que sabía que Reartes estuvo enrollando la lona de su camión, y que en virtud de ello se cayó. Dijo saber que luego de eso Reartes se subió a su camión y ahí tuvo una descompensación. Pero de ninguna manera el testimonio de una persona que no es médico, ni estuvo presente al momento del deceso, puede determinar cuál fue la causa de la muerte. Ello requiere el dictamen de un experto, en este caso un profesional de la medicina, quien tiene el conocimiento científico adecuado para establecer qué fue lo que ocasionó la muerte de una persona. En este caso, la Dra. Vanesa Marinovich- Matricula 21775 determinó que fue por una enfermedad, y la póliza expresamente dice que los daños derivados- inmediata o mediatamente- de una enfermedad, no están cubiertos. Es decir, existe exclusión de cobertura expresa, mediante una cláusula que no reviste el carácter de ambigua o dudosa. Por lo demás, no advierto que otra prueba de las rendidas en la causa haya sido idónea para probar que Reartes murió de un infarto. Pero aun cuando se considere que la demandada no lo

cuestionó, lo que a mi juicio no ocurrió porque al contestar la demanda expresamente dijo: *“...se cuestiona e impugna que el Sr. REARTES cumpla con los requerimientos exigidos por la Póliza para acceder al cobro de la indemnización allí contemplada. Se niega y controvierte que el Asegurado hubiera sufrido un accidente súbito y violento (infarto) derivado de una causa externa e involuntaria...”*, o que lo haya reconocido tácitamente en algún otro escrito o audiencia llevada a cabo en el proceso, tampoco encuentro acreditada que la causa externa, violenta, fortuita y ajena invocada por los actores tenga relación directa con el supuesto infarto. Para poder determinar esa relación de causalidad también hubiera sido esencial contar con el dictamen de un experto en la materia, prueba que tampoco se ha incorporado.

En resumen, es posible afirmar que, entre el Sr. Victor Mariano Reartes y La Segunda Cia. de Seguros de Personas S.A existió un contrato de seguro de accidentes personales, plasmado por escrito en la Póliza Nro.42694700 que ha sido reconocida por ambas partes. Los riesgos cubiertos por dicha póliza eran: **muerte por accidente**, incapacidad permanente, asistencia médica y farmacéutica. (énfasis añadido en esta oportunidad)

La póliza definió el concepto de accidente como todo acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Luego, el Sr. Reartes falleció en ocasión en que se encontraba en el Puerto de Rosario, en su camión, a la espera de su turno para descargar. En el acta de defunción se consignó que la causa de la muerte fue una “Enfermedad”. De allí que, como la muerte no fue producto de un accidente, la compañía de seguros denegó la cobertura. Lo que en principio es correcto, ya que existe una clausula expresa de exclusión de cobertura de daños generados por enfermedades.

No obstante, los actores alegan que su padre murió de un infarto (aunque dicha causa de muerte no está plenamente probada en la causa) y que este (el infarto) habría sido generado

por el esfuerzo realizado para destapar el camión, lo que significa que el hecho súbito y violento (infarto) ocurrió a causa de un agente externo. Uno de los testigos dijo saber que ese día Reartes desató las lonas de su camión y se le soltó una cuerda lo que le habría provocado una caída; y que luego se subió al camión y allí se descompensó. El problema es que, aun cuando el supuesto accidente (con las lonas) sufrido por Reartes se encuentre probado con la declaración del testigo que estaba en el lugar (las otras dos declaraciones no pueden tenerse en cuenta porque son testigos de oídos, y no estuvieron en el lugar ni presenciaron el hecho), es difícil establecer la relación de causalidad con el infarto que luego habría provocado la muerte del asegurado. Como ya se dijo, no hay ningún dictamen médico que determine la relación entre uno y otro hecho.

Ahora, ¿podría considerarse al infarto por sí mismo un accidente? Dando respuesta a ello se ha expedido, por ejemplo, el Supremo Tribunal de España que dijo: *El infarto de miocardio, como categoría, no es un accidente, a los efectos de la aplicación del artículo 100 LCS, toda vez que la incapacidad o muerte «ha de provenir la lesión de causa externa al organismo humano y es patente que el infarto de miocardio no reúne esta condición, pues que, como todas las de índole interna al organismo humano quedan extrañas al seguro. Como excepción, tienen la condición de accidente aquellos infartos que se deben a una causa externa a la voluntad del asegurado. En tal sentido, pueden citarse como causa externa de un infarto de miocardio: a) la impresión recibida, por ejemplo, al perder el control del automóvil y deslizarse por un terraplén; b) la práctica del deporte u otras actividades de esfuerzo, como la disputa de un partido de tenis; c) el estrés debido a una mala situación económica personal o a una sobrecarga laboral* (cfr. STS, de 22 de junio de 1988 citado por Cavanillas Múgica, Santiago, *Infarto de miocardio y seguro de accidentes en la Jurisprudencia Civil* - Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil, 1999, 3, págs. 2323-2334). Pero en esos casos, la carga de la prueba de que concurre alguna de las circunstancias precitadas como causa del infarto corresponde al actor y aquí, como ya expliqué, ello no ha

sido probado. Porque allí se da una triple concatenación: un hecho violento, súbito, externo e involuntario provoca el infarto, y luego éste causa la muerte de la persona. Pero todo ello debe estar debidamente comprobado. Asimismo, cabe resaltar que, aun cuando resulte de aplicación la LDC y, por ende todos los principios protectorios del consumidor a nivel procesal, la carga de la prueba de los extremos en los que funda su pretensión sigue estando a cargo de la actora.

Debe quedar claro que el seguro en cuestión, que había contratado el Sr. Reartes, es de accidentes personales, el que no persigue cubrir cierto tipo de daños, sino cierto tipo de causas de daños: los accidentes.

Así también, debe comprenderse que, la muerte, sin más (es decir, sin distinguir la causa), es el riesgo – en general- cubierto por un seguro de vida, mientras que la muerte causada por un accidente lo es del seguro de accidente. En estos casos, solo los infartos que tienen origen en una causa traumática, es decir, propiamente en un accidente tendrán cobertura.

A nivel local, jurisprudencia de las Cámaras Nacionales han coincidido con ello, al afirmar que si se entiende por “accidente” a “toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos, de una manera cierta, sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de, o con, un agente externo”, lógico es sostener que la causa del deceso de la asegurada (un “infarto de miocardio, mientras dormía”) muy lejos estuvo de caer en la definición de accidente en cuestión (cfr. CNCom., Sala A, “Murúa, Santiago Alonso C/ La Meridional Cía. Arg. De Seguros S/Ordinario” (Expte. n° 92.669, Registro de Cámara n° 34.294/2011)-20/9/2013). En otro fallo se expresó que la causal de fallecimiento de la asegurada (infarto de miocardio no originado en un accidente), da lugar a un supuesto de exclusión indirecta de cobertura, toda vez que la hipótesis causal no integra el marco conceptual que define el riesgo asegurado. La exclusión indirecta tiene lugar cuando eventos como el aquí evidenciado (muerte por infarto no causado por un agente externo) no forma parte del riesgo amparado, ya que al precisar el asegurador el riesgo tomado a su cargo,

queda acotada la frontera de la garantía, de modo tal que fuera de sus límites el siniestro no halla cobertura (cfr. CNCiv., Sala M, “Berlari, N. c. Omega Cop. de Seg.”, 10/05/1995).

En definitiva, de todo lo expuesto puedo concluir que: 1-las enfermedades, que fue la causa de la muerte del Sr. Reartes según el acta de defunción, no tienen cobertura en el seguro de accidentes personales contratado. Por consiguiente, es correcta la denegación de cobertura realizada por la parte demandada. 2- El infarto no puede considerarse un accidente, conforme a la definición de accidente prevista en la póliza, porque no sucede debido a un hecho externo al agente que lo sufre, razón por la cual tampoco merece cobertura. 3- Un infarto traumático, es decir ocasionado por un agente externo a la voluntad del sujeto que lo sufre, sí podría obtener cobertura del seguro; pero para ello debe quedar debidamente acreditada la relación causal entre el hecho externo y el infarto, lo que en este caso no ha sido probado.

b- Determinar si los términos de la Cláusula 2 están relatados en forma ambigua y confusa:

De alguna manera, esta cuestión ya ha sido respondida en el considerando precedente, pero entiendo apropiado ampliar mis fundamentos, para mayor satisfacción de las partes.

Como se dijo, la LS no dispone una definición de qué es un accidente en el marco de los seguros de accidentes personales, y la doctrina citada concuerda en que debe estarse al concepto que se encuentre definido en la póliza respectiva. Por otro lado, es regla, en materia seguros, que la enumeración de los riesgos y la extensión de la cobertura debe apreciarse literal, restrictiva o limitativamente, por lo que no es admisible la interpretación analógica ni extensiva de la póliza para determinar (ampliar o restringir) el riesgo asegurado, dado que ampliar la garantía asegurativa produciría un grave desequilibrio en el conjunto de sus obligaciones, específicamente en la necesaria relación de equivalencia entre riesgo y prima. Ello debido a la función social que cumplen los seguros.

En el caso, no encuentro que la cláusula 2 de las Condiciones Generales de la Póliza de accidentes personales contratada por el Sr. Víctor Mariano Reartes con la empresa La

Segunda, que dice: “*Accidente: a los efectos de este seguro, se entiende por accidente todo acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta*”, esté redactada de forma ambigua o confusa.

Ambiguo es aquello que puede entenderse de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusión (cfr. RAE, extraído de: <https://dle.rae.es/ambiguo>).

En este caso, la definición de accidente de la cláusula en cuestión se realiza caracterizando a un hecho o acto que derive de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. Con lo cual, para comprobar si cierto hecho puede considerarse un accidente, debe verificarse que tenga una causa que cumpla con todos los caracteres exigidos: violenta, súbita, externa e involuntaria y; además, que genere una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta. No encuentro ninguna ambigüedad en los caracteres trascritos. Tampoco advierto que en la cláusula en cuestión se utilice un lenguaje técnico o jurídico que resulte absolutamente incomprensible para una persona adulta.

En este caso, ya se explicó que el infarto, en sí mismo, no constituye un accidente en el sentido definido en la póliza porque no tiene una causa externa. Es decir, no cumple con una de las características que exige la definición de accidente adoptada en la póliza.

El infarto es definido por la RAE como la *necrosis de un órgano o parte de él por falta de riego sanguíneo debida a obstrucción de la arteria correspondiente*. (cfr. <https://dle.rae.es/infarto>). La Organización Mundial de la Salud explica que el Infarto de miocardio se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardíaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón (cfr. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>). Queda claro entonces,

que el infarto se produce por causas internas del organismo de la persona afectada.

Ahora, los actores, en su demanda, refiriéndose el infarto que habría sufrido su padre, dijeron: ... *“Como corolario de todo lo expuesto, destacamos que, en primer lugar, y teniendo en cuenta la cláusula N° 2 de las Condiciones generales de la póliza (la cual define accidente como cualquier acto o hecho que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria del que resulta una lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta), se trató de un hecho derivado de una causa “súbita”, en el sentido de imprevista y repentina; de un hecho derivado de una causa “violenta”, en el sentido de estar fuera de su natural estado, situación o modo; de un hecho derivado de una causa “externa”, en el sentido de ser ajena a sus intenciones y al curso natural de las cosas; y de un hecho derivado de una causa “involuntaria”, en el sentido de ser en contra de la voluntad de uno mismo”*. De la simple lectura de su manifestación, se deriva que han podido interpretar la cláusula en cuestión sin mayores inconvenientes. El problema que se les presenta es, precisamente, lograr encuadrar al supuesto infarto que sufrió su padre como un accidente, probando que fue causado por el esfuerzo físico que habría realizado al levantar las lonas de su camión. Es decir, no es una cuestión de interpretación de la definición de accidente, sino de prueba de la existencia del mismo y de su conexidad con el infarto que habría sufrido Reartes. Y, lamentablemente, no han rendido la prueba necesaria para comprobar la relación causal entre “esfuerzo físico-infarto- muerte”.

En definitiva, cabe concluir que la cláusula no es ambigua ni confusa, y que ha podido ser interpretada por la actora. No obstante ello, no ha producido la prueba necesaria para acreditar la relación causal que invoca.

c-Si se ha cumplido con el deber de información. Daño punitivo.

Finalmente, resta analizar el planteo relativo a la falta de información que habría sufrido tanto el Sr. Víctor Reartes cuando contrató la póliza, como los actores en carácter de beneficiarios. Lo primero a aclarar en este punto, es que, hasta aquí, no se ha verificado ningún

incumplimiento por parte de la demandada, ya que, conforme a las conclusiones vertidas más arriba, la denegación de cobertura luce correcta, puesto que el riesgo de muerte por enfermedad no estaba cubierto por la póliza de accidentes personales contratada por el Sr. Reartes. Tampoco se verificó que la Cláusula 2 de las Condiciones Generales fuera ambigua o confusa y por consiguiente no es posible asemejar, en base a dicha cláusula, un infarto con un accidente.

Ahora bien, sobre el deber de información al consumidor, cabe destacar que el artículo 4 de la ley 24.240 le impone al proveedor la obligación de brindarle información al consumidor, en forma cierta, clara y detallada, de todo lo relacionado con las características esenciales de los bienes y servicios que provee.

El deber de información es uno de los instrumentos básicos y fundamentales para intentar lograr una menor asimetría entre los proveedores y empresas frente a los adherentes y consumidores. La doctrina destaca que dentro del “deber de información” general, también se encuentran el “deber de consejo” y el “deber de advertencia” a favor de la parte más débil de la relación, cuyo incumplimiento puede generar graves sanciones a las empresas en general y a las compañías de seguros, en particular. Dichas obligaciones legales se encuentran expresamente normadas en el art. 42 de la Constitución Nacional, el art. 4° de la Ley de Defensa del Consumidor y -en especial- en el art. 1100 del Código Civil y Comercial (cfr. SOBRINO, Waldo Augusto, *Seguros: el 'Deber de Información', el 'Deber de Consejo' y el 'Deber de Advertencia'*, publicado el 1 de febrero de 2017, LA LEY LA LEY S.A.E. e I. Id SAIJ: DACF170275)

En materia de derecho de seguros, tal obligación se refuerza, en virtud de que el contrato que rige las relaciones jurídicas de las partes exhibe una desigualdad formal, al existir una asimetría técnica, económica y jurídica que redundaría en el poder de negociación de la compañía de seguros (cfr. CNCom., Sala B, Expediente n° 6055/2016 – “P., H. M. C/ Orbis Compañía De Seguros S.A. S/ Ordinario”, 25/10/2021).

En el caso particular de autos, los actores denuncian que la compañía demandada no cumplió con su deber de información respecto a los alcances de la póliza.

Resulta que, lamentablemente, en virtud de su deceso, no es posible conocer qué información se le brindó al Sr. Víctor Reartes cuando contrató el seguro de accidentes personales, ya que no puede expresar su versión de los hechos. En cambio, sí es cierto que la compañía demandada no ha acreditado haberle entregado una copia de la póliza Nro. 42694700, ya que no ha presentado ninguna documental en la que conste la recepción (con su firma ológrafa) por parte del asegurado. Si bien adujo que la entrega se hacía por medios electrónicos, tampoco acreditó haberle remitido por e-mail o por otra vía electrónica, copia de la documentación pertinente. Esa actitud de la demandada resulta reprochable, porque era quien se encontraba en mejores condiciones de producir esa prueba.

Sin embargo, con respecto a los actores (beneficiarios del seguro), cabe aclarar que no fueron ellos quienes contrataron el seguro; por consiguiente, en principio, la aseguradora no tenía la obligación de brindarles información al respecto al inicio del contrato. Pero una vez verificado uno de los riesgos que, a su entender, podría ser cubierto por la póliza (en este caso la muerte del asegurado), sí nace la obligación de informarle a los beneficiarios. Aclarado ello, cabe analizar la actitud asumida por la aseguradora luego de que se reclamara el pago de indemnización. Así, tengo que con fecha 19/7/19 les remitió Carta documento en la que rechaza la cobertura del siniestro previamente denunciado, y al final de la citada correspondencia dice: *“Quedando a disposición para aclaraciones o ampliaciones, le saludamos muy atentamente”*. Ello me da la pauta que la compañía pudo prever que los beneficiarios del seguro podrían tener dudas sobre el alcance de la cobertura, ya que no fueron contratantes. Luego, no consta que los actores hayan realizado una nueva consulta o reclamo por vía postal ni tampoco que la compañía les haya brindado mayor información. Prueba que también recaía sobre la demandada por su posición dominante en la relación de consumo.

Posteriormente los actores realizaron el reclamo ante la Dirección de Defensa de Consumidor.

En aquella instancia administrativa consta el comparendo de la compañía de seguros demandada. En el acta de fecha 17/10/2019 consta que hizo entrega de la póliza completa y solicitó plazo para acompañar documental faltante, sin precisar cuál sería. Con fecha 25/10/19 el apoderado de la demandada presentó la siguiente documental: 1- solicitud de accidentes personales en una foja, 2-Solicitud individual de incorporación (sin designación de beneficiarios) y 3- denuncia de siniestro. Además, aclaró que la póliza no tiene endosos y tampoco certificado de cobertura. Ello fue rechazado por la actora por carecer de firma (ver documental 1 y 2 adjunta a la demanda).

De la prueba relevada surge que, si bien la compañía demandada presentó una actitud positiva y colaboradora en la etapa administrativa y prejudicial, no presentó documentación que demuestre de manera fehaciente que el Sr. Reartes había recibido una copia de la póliza que contrató, lo que hace presumir que no habría tenido cabal conocimientos de los términos y alcances del contrato y, por consiguiente, no existió un acabado cumplimiento del deber de información a su respecto. Sin embargo, sí fue entregada la documentación (aunque de manera incompleta) a sus herederos, en la audiencia de conciliación en sede administrativa. Ahora bien, cabe analizar si el incumplimiento del deber de informar, en este caso concreto, puede dar lugar a la aplicación de Daño punitivo que reclaman los actores.

El daño Punitivo está previsto en la norma del art. 52, LDC. Jurisprudencial y doctrinariamente se admite que para la procedencia de la multa civil prevista por la LDC es necesaria la concurrencia de dos requisitos: 1- el elemento subjetivo, que es más que la culpa o la debida diligencia; se trata de una conducta deliberada, culpa grave o dolo, negligencia grosera, temeraria, actuación cercana a la malicia; así la conducta del proveedor debe ser indignante, desaprensiva o antisocial. 2- El elemento objetivo, esto es una conducta que produzca un daño individual o de incidencia colectiva, que por su gravedad, trascendencia social, repercusión institucional exijan una sanción ejemplar. En definitiva, se trata de **una sanción pecuniaria disuasiva de carácter excepcional- y por ende de interpretación**

restrictiva- que solo se justifica cuando el proveedor actúa con un grave menosprecio o indiferencia hacia los derechos del consumidor, impuesta con el fin de desalentar esa conducta en el futuro (cfr. TSJ en Teijeiro, Luis Mario c/ Cervecería y Maltería Quilmes- Abreviado- Rec. De Casación-15/4/14, criterio reiterado en “Defilippo Dario Eduardo Y Otro c/ Parra Automotores S.A. Y Otro - Abreviado - Cumplimiento/Resolución De Contrato - Cuerpo De Copia - Recurso De Casación E Inconstitucionalidad, 10/5/2016; en igual sentido LORENZETTI, Ricardo A. –Consumidores- Edit. Rubinzal Culzoni, Sta. Fe, año 2009, pág. 563, entre otros). El daño punitivo consiste en adicionar al dañador un "plus" de condenación pecuniaria sancionando su grave inconducta, lo que repercutirá con efectos ejemplificadores con relación a terceros.

Vale recordar que en este caso no se ha verificado el incumplimiento contractual alegado por los actores por parte de la empresa demandada. Sí se verifica un incumplimiento del deber legal de informar al consumidor (art. 4, LDC). En este punto, corresponde preguntarse si dicho incumplimiento es presupuesto suficiente para la procedencia de la sanción.

La doctrina ha resaltado que los daños punitivos son 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 destinadas a punir graves inconductas del demandado y a prevenir hechos similares en el futuro (cfr.: PIZARRO Ramón D. –. -Daños Punitivos-; trab., pub., en: Derecho de Daños. Segunda Parte Edit. La Roca, Bs. As., año 1993, págs. 291/292) y sólo proceden en supuestos de particular gravedad o en casos excepcionales. En definitiva, las sanciones pecuniarias disuasivas o daños punitivos sólo proceden en supuestos de particular gravedad (dolo o la culpa grave del sancionado) o por la obtención de enriquecimientos indebidos derivados del ilícito o por un abuso de posición de poder (en casos excepcionales) particularmente cuando se evidencia menosprecio grave por derechos individuales o de incidencia. Además, dicho instituto es de carácter excepcional y, como tal, debe ser empleado con prudencia frente a una plataforma fáctica que evidencie

claramente, no sólo el incumplimiento obligacional derivado en este caso del contrato de seguro, sino también una intencionalidad de obtener provecho económico del accionar antijurídico (cfr. Cámara Civil y Comercial de Río Tercero, en autos: Castillo, Roberto Angel c/ Caja De Seguros S.A – Abreviado- N° 2815994- Sent. 95 del 08/09/2020).

A partir de ello, y reiterando que en el caso no se ha verificado ningún incumplimiento contractual a por parte de la demandada, entiendo que la mera infracción del deber legal de informar verificada no resulta presupuesto suficiente para imponer la sanción pecuniaria que los actores pretenden. Reconozco que, la de la compañía, sí resulta una conducta reprochable, pero, por sí misma, no pasible de la imposición de la sanción aquí solicitada.

Además, la actora ha omitido probar que este tipo de conducta es usual en la empresa demandada, y que ello es utilizado para obtener mayores ganancias o rentas. Si bien los testigos propuestos por la actora se refirieron a supuestos “problemas” que habrían tenido con la compañía “La Segunda”, ninguno de los casos expuestos reviste similitudes con el presente. De hecho, dos de los testigos terminaron admitiendo que ellos eran empleados en relación de dependencia y quien había sufrido un accidente laboral, en realidad estaba bajo la cobertura de una ART, y no de un seguro de accidentes personales. El único que dijo haber contratado un seguro de accidentes personales “La Segunda” fue el testigo Simón Arrieta, quien también admitió que a partir de un problema que tuvo con la compañía, cambió de empresa aseguradora. Sin embargo, el inconveniente al que hizo referencia se relacionaba con otro tipo de seguro (seguro de carga) que debía cubrirlo en casos de pérdida del cereal que transportaba. Como la compañía no le cubrió, el testigo dijo haber cambiado de aseguradora. No obstante, reconoció que, al contratarlo, le entregaron una constancia y, tiempo después, la póliza, para que pueda justificar que estaba asegurado. Admitió que nunca leyó la póliza; ni la de su seguro actual, ni la de “La Segunda”.

Encuentro que ello no resulta prueba suficiente para acreditar un actuar habitual, una conducta deliberada con culpa grave o dolo, negligencia grosera, temeraria, cercana a la

malicia y que demuestren un menosprecio por los derechos de los consumidores.

En consecuencia, el incumplimiento del deber de informar por parte de la aseguradora respecto al Sr. Víctor Mariano Reartes no reviste la gravedad suficiente para la aplicación de la sanción de Daño Punitivo, como tampoco se advierte que pueda generar una incidencia colectiva negativa, o que pueda haber sido causada por un afán de lucro desmedido.

Por consiguiente, corresponde rechazar el reclamo de daño punitivo.

No obstante, ello, de la simple lectura de la póliza adjuntada al expediente, se advierte que resulta un documento poco atractivo y difícil de leer; con letras, en algunos casos ilegibles y poco actualizado para los tiempos que corren. Además, no es posible dejar pasar por alto la falta de acreditación de entrega de la póliza al Sr. Reartes acreditada en esta causa. Por ello, corresponde exhortar a la compañía demandada a que adopte medidas efectivas tendientes a que sus clientes tengan acceso a información clara, precisa y detallada sobre los productos que contratan. A tal fin deberá instruir a sus agentes productores de seguros para que cumplan con dicha obligación en sus respectivas oficinas, debiendo informar no solo los beneficios del seguro que contratan sino también aquellas cláusulas que puedan, en el futuro, perjudicar al asegurado, entre ellas: las exclusiones de coberturas contenidas en la pólizas, las consecuencias del no pago o pago atrasado de la prima, las consecuencias de la falta de información hacia la aseguradora o su falsificación, entre otras, en cumplimiento del art. art. 10 de la Ley 22.400, que regula la actividad de los productores asesores de seguros, que establece como obligación: "...asesorar al asegurado a los fines de la más adecuada cobertura..." (art. 10, inciso c). También deberán aconsejar al consumidor, en el caso puntual y concreto, respecto si tal producto o servicio va a servir para cumplir con las expectativas razonables objetivas que puede derivarse de dicha relación de consumo. Partiendo de que la buena fe debe primar en toda relación de consumo, aún más cuando se contrata un seguro, ya que el asegurado deposita su confianza en la compañía que contrata.

Asimismo, la empresa deberá implementar sistemas de notificación por vías digitales de fácil

acceso, en los que brinde información clara y precisa sobre los servicios que ofrece, de manera entendible para todas las personas, teniendo en cuenta los distintos niveles de educación y formación; y asegurarse de que esas notificación se efectivicen.

Finalmente, se exhorta a la Superintendencia de Seguros de la Nación a que ordene a las compañías de seguro la **implementación de pólizas de lectura fácil y accesible**, que se emitan en lenguaje claro y no técnico; y en un formato que resulte agradable y atractivo para el lector (tipografía, diseño, tipo de papel, color, etc.). Ello porque los modelos de pólizas que actualmente se utilizan (como en el caso de autos), no solo que podrían resultar poco entendibles para la mayoría de los usuarios, sino que cuentan con un formato de difícil lectura, aburrido (por el tipo de letras que usualmente se utilizan) y tedioso (por el contenido y su extensión). Como se remarcó al iniciar esta resolución, los jueces estamos obligados a utilizar lenguaje claro y llano, de manera que – no solo los abogados- sino los propios justiciables puedan leer y entender nuestras resoluciones. Entiendo que dicha obligación puede (y debe) hacerse extensiva a las compañías de seguro, a fin de garantizar que todos los usuarios tengan completa y real comprensión de lo que contratan. Asimismo, deberán implementarse pólizas que sean accesibles para personas con discapacidades permanentes o transitorias, adultos mayores, personas extranjeras, personas con escasa escolarización, etc. A cuyo fin, hágase conocer a la Superintendencia de Seguros de la Nación la presente resolución y, con tal fin, remítase una copia íntegra.

6- Solución:

En fin, en base a lo expuesto, corresponde rechazar la demanda de cumplimiento de contrato y daño punitivo incoada por las Sras. Reartes Tourn, Naomí Solange, DNI N° 41.034.917, Reartes Altamira, Brisa Antonella, DNI 42639710, y Ana María Altamira, DNI 30.262.450, en representación del menor Reartes, Tiziano Leonel, DNI 50239378 en contra de LA SEGUNDA CÍA. DE SEG. PERSONAS S.A., CUIT 30500034625.

Sin perjuicio de ello, corresponde exhortar a la compañía demandada para que adopte medidas efectivas tendientes a que sus clientes tengan acceso a información clara, precisa y detallada sobre los productos que contratan. A tal fin deberá instruir a sus agentes productores de seguros para que cumplan con dicha obligación en sus respectivas oficinas, debiendo informar no solo los beneficios del seguro que contratan sino también aquellas cláusulas que puedan, en el futuro, perjudicar al asegurado. Igualmente, deberá acreditar el cumplimiento de la Resolución 219/2018 de la Superintendencia de Seguros de la Nación que regula lo que se denomina “entrega de la póliza por medios electrónicos”.

Finalmente, se exhorta a la Superintendencia de Seguros de la Nación a que ordene a las compañías de seguro la implementación de **pólizas de lectura fácil y accesible**, que se emitan en lenguaje claro y no técnico; y en un formato que resulte agradable y atractivo para el lector (tipografía, diseño, tipo de papel, color, etc.) a fin de garantizar que todos los usuarios tengan completa y real comprensión de lo que contratan. Asimismo, deberá ordena la implementación de pólizas que sean accesibles para personas con discapacidades permanentes o transitorias, adultos mayores, personas extranjeras, personas con escasa escolarización, etc.

7- Costas:

En nuestro sistema procesal rige el principio objetivo de la derrota (art. 130, CPC). En este caso, si bien se ha reconocido que la parte demandada incumplió el deber legal de informar al consumidor, ello no implicó ninguna condena para la accionada. Sin embargo, ello no significa que los actores resulten absolutamente vencidos, puesto que se verificó el incumplimiento del deber de información y se reprochó la conducta procesal asumida por la demandada al respecto. Asimismo, cabe suponer que tal incumplimiento por parte de la demandada pudo haber generado en los actores el convencimiento de que le asistían razones para litigar.

Por otro lado, destaco que, aun cuando los accionantes han invocado el carácter de

consumidores, ello no los liberaba de la carga de probar los hechos en los que fundan su pretensión. Asimismo, en este punto, concuerdo con la doctrina y jurisprudencia que entiende que la circunstancia que este tipo de acciones gocen del beneficio de justicia gratuita (art. 53, LDC) no es óbice para que se exima al tribunal de expedirse respecto a quien resultó perdedor o ganador en el pleito (cfr. Cám. Nac. Com. - Sala B, Consumidores Financieros Asociación Civil p/su defensa c/ Zurich Argentina Cia. De Seguros SA s/ordinario”, del 20/12/16; Manterola, Nicolás I., Doctrina. La imposición de costas en los casos del derecho del consumidor, MJ-DOC-15914-AR | MJD15914,). Puesto que aquel beneficio no incide en la decisión judicial de imposición de costas. Sin embargo, el pago de las mismas, sí dependerá, de acuerdo a la doctrina que sigue nuestro TSJ, a la concesión o no del beneficio de litigar sin gastos (cfr. TSJ, Banco Central de la República Argentina c/ Appugliese Miguelina y otros – Ejecución Hipotecaria - Recurso de apelación - Recurso Directo (Expte B-29-11); “Baigorri, Sebastián Lisandro – Beneficio De Litigar Sin Gastos – Recurso De Casación (Expte. 2269706/36))

Por consiguiente, en este caso en particular, considero de aplicación lo dispuesto por el art. 132,CPC, que prescribe que en caso de vencimientos recíprocos la imposición de costas se realizará en función del éxito obtenido por las partes. Ello debe ser interpretado y aplicado a la luz de la prudencia, equidad, y particularidades del proceso.

Porque resulta justo y equitativo que cada parte asuma las costas derivadas de su derrota procesal, pues también el demandado tiene derecho a que se le reembolsen los costos derivados de su defensa en la medida del éxito obtenido (cfr. DIAZ VILLASUSO, Código Procesal Civil y Comercial de la Pcia, Comentado, T. I, pág.438).

Por otro lado, frente a vencimientos recíprocos, no corresponde adoptar un criterio estrictamente matemático, sino proceder con parámetros cualitativos razonables. Así entonces, son dos los parámetros a tener en cuenta, la proporcionalidad y entidad de cada defensa y la prudencia del juzgador. De acuerdo a ello, valorando las tareas desplegadas en

defensa de cada postura, sobre todo que la actitud procesal desplegada por la demandada respecto a la prueba del cumplimiento de su deber de información, en este caso considero correcto distribuir las cosas en un QUINCE por ciento (15%) a cargo de la demandada y OCHENTA Y CINCO por ciento (85 %) a cargo de los actores, lo que así decido.

8-Honorarios:

Conforme a lo prescripto por el art. 26 de la ley 9459 (C.A.), corresponde regular honorarios a los abogados de ambas partes.

Respecto de los honorarios del abogado de los actores, Andrés Acosta, corresponde aplicar los art. 31 y 33 CA. Sin embargo, como en este caso no existe una condena en dinero en contra de la demandada, corresponde aplicar el mínimo previsto para este tipo de procesos, de 15 jus (cfr. art. 36, ley 9459) y determinar los honorarios, de manera definitiva, en su equivalente, esto es, en la suma de pesos sesenta y cuatro mil quinientos setenta y seis con veinte centavos (\$ 64.576,20), los que deberán ser afrontados conforme la condena en costas dispuesta.

Respecto a los honorarios de los abogados de la parte demandada, Luis Alberto Sobrero y Mariano Gardella, quienes han intervenido en las etapas procesales del trámite. En consecuencia, y teniendo en cuenta lo prescripto por el art. 31, inc. 2) 1er supuesto (C.A.), por lo que debo tomar como base el monto de la demanda: \$ 2.156.250,00, actualizado conforme lo dispone el art. 33, ibid, lo que hace un total de \$ 5.339.010,02. Y teniendo en cuenta las pautas de calificación previstas por el art. 39 de la ley citada (inc.1, 4 y 5), considero justo y equitativo aplicar dos puntos sobre el mínimo de la primera la escala del art. 36, ib., o sea el 22%. Realizados los cálculos de rigor (\$5.339.010,02. x 22%) arribo a un total de pesos un millón ciento setenta y cuatro mil quinientos ochenta y dos con veinte centavos (\$ 1.174.582,20), en los que se regulan de manera definitiva, en conjunto y proporción de ley, los honorarios de los referidos letrados, los que deberá ser afrontado conforme la condena en costas dispuesta.

Por todo lo expuesto; **RESUELVO:**

1-RECHAZAR la demanda de cumplimiento de contrato y daño punitivo incoada por las Sras. Reartes Tourn, Naomí Solange, DNI N° 41.034.917, Reartes Altamira, Brisa Antonella, DNI 42639710, y Ana María Altamira, DNI 30.262.450, en representación del menor Reartes, Tiziano Leonel, DNI 50239378 en contra de LA SEGUNDA CÍA. DE SEG. PERSONAS S.A., CUIT 30500034625.

2- RECONOCER el incumplimiento del deber de informar por parte de LA SEGUNDA CÍA. DE SEG. PERSONAS S.A., CUIT 30500034625 y EXHORTAR a la compañía demandada para que adopte medidas efectivas tendientes a que sus clientes tengan acceso a información clara, precisa y detallada sobre los productos que contratan. A tal fin deberá instruir a sus agentes productores de seguros para que cumplan con dicha obligación en sus respectivas oficinas, debiendo informar no solo los beneficios del seguro que contratan sino también aquellas cláusulas que puedan, en el futuro, perjudicar al asegurado. Igualmente, deberá dar cumplimiento a la Resolución 219/2018 de la Superintendencia de Seguros de la Nación que regula la denominada “entrega de la póliza por medios electrónicos”.

3- EXHORTAR a la Superintendencia de Seguros de la Nación a que ordene a las compañías de seguro que prestan servicio en el país, la implementación de **pólizas de lectura fácil y accesible**, que se emitan en lenguaje claro y no técnico; y en un formato que resulte agradable y atractivo para el lector (tipografía, diseño, tipo de papel, color, etc.) a fin de garantizar que todos los usuarios tengan completa y real comprensión de lo que contratan. Asimismo, deberá ordenar la implementación de pólizas que sean accesibles para personas con discapacidades permanentes o transitorias, adultos mayores, personas extranjeras, personas con escasa escolarización, etc. A cuyo fin, hágase conocer a la Superintendencia de Seguros de la Nación la presente resolución y, con tal fin, remítase una copia íntegra.

4-IMPONER las costas en un quince por ciento (15%) a cargo de la demandada y ochenta y cinco por ciento (85 %) a cargo de los actores (art. 132, CPC).

4- REGULAR los honorarios del abogado Andrés Acosta, de manera definitiva, en la suma de pesos sesenta y cuatro mil quinientos setenta y seis con veinte centavos (\$ 64.576,20), los que deberán ser afrontado conforme la condena en costas dispuesta.

5- REGULAR los honorarios los abogados Luis Alberto Sobrero y Mariano Gardella en la suma de pesos un millón ciento setenta y cuatro mil quinientos ochenta y dos con veinte centavos (\$ 1.174.582,20), de manera definitiva y, en conjunto y proporción de ley, los que deberán ser afrontado conforme la condena en costas dispuesta.

PROTOCOLÍCESE, HÁGASE SABER Y DÉSE COPIA.

Texto Firmado digitalmente por:

ASNAL Silvana Del Carmen

JUEZ/A DE 1RA. INSTANCIA

Fecha: 2022.06.29