



Salud

Seguro de Vida. La póliza alude a una invalidez total y permanente. Se considera que la aseguradora rechaza en tiempo y forma el siniestro denunciado y no se acreditó la incapacidad estipulada.

O. Z. B. c/ Metlife Seguros de Vida S.A. s/ Ordinario

En Buenos Aires, a 15 de marzo de dos mil trece, reunidas las señoras jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos, fueron traídos para conocer los autos seguidos por “O. Z. B.” contra “METLIFE SEGUROS DE VIDA S.A.”, sobre ORDINARIO, en los que al practicarse la desinsaculación que ordena el art. 268 del Código Procesal, resultó que debían votar en el siguiente orden: Doctoras Piaggi y Ballerini. La Dra. Díaz Cordero no interviene por hallarse en uso de licencia (art. 109, RJN).-

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

¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada?

A la cuestión propuesta la señora Juez de Cámara Doctora Piaggi dijo:

I. ANTECEDENTES FACTICIALES DEL PROCESO.-

1) Z. B. O. demandó (fs. 75/79) a Siembra Seguros de Vida S.A. el cobro del seguro (póliza nº 8079) contratado por intermedio de Citibank N.A., que cubría -entre otros- el riesgo de incapacidad laboral permanente.-

Sostuvo que el 3 de septiembre de 1993 adquirió su vivienda mediante un crédito con garantía hipotecaria a favor del “Citibank” y que por la cláusula décimo cuarta del mutuo hipotecario debió contratar un seguro de vida e invalidez a favor de esa entidad bancaria.-

Refirió que el 25.07.2000 se sometió a una biopsia en su mama izquierda y que luego se le practicó una masectomía total con vaciamiento axilar debido a un cáncer ductal infiltrante



multifocal en grado histológico. Añadió que luego del posoperatorio realizó sesiones de kinesiología para recuperar el movimiento del brazo y efectuó seis ciclos de quimioterapia y tratamiento psiquiátrico, debiendo luego ser sometida a una nueva intervención en la mama derecha.-

Arguyó que debido a la gravedad de su enfermedad no podía trabajar, por lo que el 8.11.2000 realizó la denuncia del siniestro ante la demandada y la entidad bancaria beneficiaria del seguro por invalidez total, conforme cláusula primera de la póliza N° 8079. Expresó que se sometió al plazo de prueba de 15 días previsto en la cláusula 7ª del contrato de seguro, concurriendo a dos entrevistas con el Dr. Carril (21.11. y 05.12.2000).-

Afirmó que el 29.12.2000 la aseguradora le remitió una carta documento comunicándole que debía agotar un supuesto tratamiento médico, ampliando extemporáneamente -atento lo dispuesto en la cláusula 7- el plazo de prueba a 3 meses. El 02.01.2001 rechazó la misiva referida y requirió el otorgamiento del beneficio estipulado, lo que fuera negado por la aseguradora.- Adujo que en la segunda audiencia de mediación, sin reconocer derecho ni reanudación de los plazos caídos, convino con la aseguradora someterse a una entrevista con un oncólogo propuesto por aquélla, lo que resultó ser una artimaña para concretar una nueva junta médica, por lo que decidió dar por terminada la mediación y posteriormente “Metlife” rechazó por carta documento del 18.05.2001 el siniestro denunciado.-

Solicitó se condene a la demandada a abonar al “Citibank” el saldo adeudado por el mutuo hipotecario a la fecha del siniestro y, reintegre las cuotas hipotecarias -capital e intereses- que su parte debió abonar desde la denuncia del siniestro.-

Requirió se citara al acreedor hipotecario como tercero en su calidad de beneficiario del seguro contratado.-

2) Siembra Seguros de Vida S.A. contestó demanda a fs. 139/148; luego de formular una negativa pormenorizada de los hechos invocados por su contraria, reconoció la contratación del seguro de vida que cubría la incapacidad e invalidez en formal total y permanente de la asegurada.-



Manifestó que al comprobarse médicamente que el riesgo cubierto y denunciado por la asegurada no se había configurado, el 28.12.2000 se amplió el plazo de prueba por 3 meses - conforme lo previsto contractualmente- y citó a la actora para un nuevo examen médico el 10.03.2001; de tal modo, es erróneo lo afirmado por la reclamante respecto a que el plazo legal se encontraba vencido al 24. 02.2001.-

Negó que haya pretendido que la asegurada alcanzara el alta definitiva de su enfermedad para expedirse sobre la cobertura y remarcó que ninguno de los médicos intervinientes catalogó la pretensa incapacidad de aquella como total y permanente, por lo que el 16.05.2001 rechazó la pretensión de cubrir el siniestro.-

3) A fs. 152 se citó -con los alcances previstos por el art. 94 del CPCCN- a Citibank N.A, quien contestó a fs. 176/179. Reconoció que en septiembre de 1993 O. solicitó la apertura de una línea de crédito rotativa por u\$s 80.000 a fin de adquirir un inmueble y que en los términos de la cláusula catorce del contrato de mutuo "Citibank" contrató el seguro de vida revistiendo la actora la condición de asegurada.-

Alegó que el 27.06.2001 la actora dejó de abonar las cuotas del préstamo hipotecario, adeudando a la fecha del responde \$ 61.282; asimismo, que practicó en su carácter de beneficiaria todas las diligencias inherentes a tal condición procurando el cobro del saldo adeudado.- En subsidio, planteó la excepción de falta de legitimación pasiva en caso que pretenda imputársele responsabilidad por falta de pago de la indemnización, contestado por la actora a fs. 181 requiriendo su rechazo.-

II EL DECISORIO RECURRIDO

La sentencia de primera instancia (fs. 915/932) rechazó la demanda por considerar la a quo, que la aseguradora rechazó en tiempo y forma el siniestro denunciado por su contraria y, porque no se acreditó la incapacidad total y permanente estipulada en la póliza del seguro.-

III. EL RECURSO



Contra la decisión se alza la actora; sus agravios obran a fs. 980/985, fueron contestados por la aseguradora a fs. 991/992 y por la entidad bancaria a fs. 998/1003. Sorteada la causa el 27.11.2012 (fs. 1011 vta.), el Tribunal se encuentra habilitado para resolver.-

IV. CONTENIDO DE LA PRETENSIÓN RECURSIVA

Los reproches de la actora refieren que: a) la demandada se encontraba incurso en mora al rechazar el siniestro; b) se interpretó equivocadamente el estado de incapacidad total y permanente; y, iii) hubo una errónea valoración de la incapacidad de la asegurada.-

V. Luego de analizar los antecedentes del caso, los diversos medios de prueba aportados al expediente de conformidad con las reglas de la sana crítica (art. 386, CPCCN) y la sentencia recurrida, anticipo que el pronunciamiento apelado será confirmado.-

No atenderé todos los planteos recursivos del apelante sino sólo aquellos que estime esenciales y decisivos para fallar en la causa (cnfr. CSJN, “Altamirano, Ramón c. Comisión Nacional de Energía Atómica”, del 13-11-86; ídem, “Soñes, Raúl c. Adm. Nacional de Aduanas”, del 12-2-87; bis ídem, “Pons, Maria y otro” del 6-10-87; ter ídem, “Stancato, Carmelo”, del 15-9-89; v. Fallos, 221:37; 222:186; 226:474; 228:279; 233:47; 234:250; 243:563; 247:202; 310:1162; entre otros).-

VI. LA DECISIÓN PROPUESTA

A fin de dilucidar el recurso sometido a consideración, corresponde destacar los hechos sustanciales del juicio que no se encuentran controvertidos por las partes.-

1) En primer término, cabe señalar que O. tenía contratado un seguro de vida por intermedio del Citibank NA, siendo el riesgo cubierto, entre otros, el de “incapacidad total y permanente”; y, dicha cobertura se encontraba vigente al momento del acaecimiento del siniestro aquí discutido. Tampoco aparece controvertido por las partes, que la actora denunció el acaecimiento del siniestro el 08.11.2000 (v. fs. 128 y fs. 136), siendo rechazado por la aseguradora mediante carta



documento remitida el 16.05.2001; con fundamento en que la incapacidad denunciada no se encontraba acreditada conforme las estipulaciones de la póliza.-

Advertidas dichas circunstancias corresponde analizar en primer término si existió de parte de la aseguradora la aceptación tácita del siniestro o, por el contrario, su rechazo fue emitido durante el plazo legalmente fijado.-

Cabe destacar que la ley 17418: 46 consagra una carga -positiva/negativa- en el sentido de que el asegurado debe permitirle al asegurador -para estimar posibles fraudes- efectuar todas las indagaciones y no obstaculizar las comprobaciones necesarias vinculadas con las causas del siniestro y la magnitud del daño. Como contrapartida de la carga de información y el deber de colaboración del asegurado, el asegurador tiene la obligación de proceder con toda rapidez y dentro de los plazos previstos por la ley y la póliza.-

En tal sentido, la ley estableció un sistema coherente de cargas y obligaciones que persigue los objetivos de agilidad y rapidez en el cumplimiento del contrato de seguro, prescribiendo cargas para el asegurado y el asegurador, regulando con precisión las obligaciones de pago de uno y otro; y, congruentemente, estableció severas sanciones para el incumplimiento de tales cargas, fijando los efectos del incumplimiento.-

Una vez denunciado el siniestro, el asegurador debe pronunciarse sobre el derecho del asegurado, en un plazo cuyo cómputo sólo puede interrumpirse mediante el requerimiento de la información complementaria que sea razonable; en su defecto, tiene la obligación inexcusable de pronunciarse sobre el derecho del asegurado dentro del plazo legal. Si no lo hace, su omisión constituye reconocimiento implícito de la garantía, a la vez que impedimento para invocar defensas y obtener la liberación de su obligación de indemnizar (CNCom., esta Sala, "G., F. c. Provincia Seguros S.A. s/ ordinario", del 11.06.04).-

Si la aseguradora omitió pronunciarse acerca de los derechos del asegurado dentro del tiempo legal (art. 49, LS) sin que medien circunstancias extraordinarias que justifiquen otra interpretación, es obvio que el siniestro fue aceptado y la indemnización debe ser pagada. Desde la notificación



del siniestro la aseguradora tiene 15 días para admitir el siniestro o solicitar información complementaria (art. 49, párr. 2), en cuyo caso cuenta con 30 días adicionales para expedirse -art. 56, LS- (CNCom., esta Sala, “D. R. y otro c/ “Caja de Seguros de Vida S.A s/ordinario, del 30/6/2005).-

Esto último es lo que prevé el contrato de autos, pues la cláusula siete dispone que: “La compañía dentro de los quince días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento de los beneficios. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 6 no resultaron concluyentes en cuanto al carácter total y permanente de la invalidez, la compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres meses, a fin de confirmar el diagnóstico”. Mientras que la cláusula seis establece: “...corresponde al asegurado o a su representante... presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo... facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por la compañía con gastos a cargo de ésta”.-

2) En la especie, la actora solicitó ante la compañía aseguradora la cobertura del beneficio por incapacidad total y permanente con fecha 08.11.2000 (fs. 20 y 35). A los fines de verificar la cobertura denunciada, el 14.11.2000 la aseguradora le informó que se comunicara con el Dr. C. para ser evaluada los días 21 de noviembre y 5 de diciembre de 2010 (fs. 60/61).-

El mentado profesional remitió el informe médico a la demandada el 15.12.2000 (fs. 89/90); ésta el 28.12.2000 le comunicó a la asegurada la ampliación del plazo de prueba y el requerimiento de un nuevo examen en los términos de la cláusula siete del contrato (fs. 61 y 122). Sin perjuicio que tal ampliación fue rechazada por la pretensora, cabe señalar que la ampliación de prueba requerida por la aseguradora se efectuó dentro de los quince días de recibida la constancia médica del Dr. C., cumpliendo acabadamente el plazo estipulado en la cláusula siete del contrato (LS art. 49, párr. 2). En ese marco, la aseguradora le informó a la actora que la nueva evaluación médica se realizaría el 10.03.2001 (fs. 66), acreditando así la existencia de la única causal interruptiva: la de haber requerido del asegurado el cumplimiento de alguna de las cargas complementarias previstas por el artículo 46-2 y 3, Ley de Seguros (en igual sentido: Incom., Sala E, "F., M. c/ Acuario Cia. de



Seguros", 05/02/96; esta Sala, "C. A., H. c/ Federación Patronal Seguros S.A s/ ordinario", 29/09/08).-

Desde tal óptica, la prestación a cargo del asegurador quedó diferida en el tiempo a los fines de la observancia de las referidas cargas informativas y de transmisión (reglas de cooperación), en la medida que le sean requeridas por el asegurador y en el marco de la razonabilidad del pedido. Y aunque es sabido que el asegurador que invoca el incumplimiento por parte del asegurado de los recaudos exigidos por la ley 17418: 46 debe probar la existencia de una solicitud expresa de su parte no satisfecha por el tomador (en igual sentido CNCom., Sala E, "C. J. c/ Suizo Arg. Cia. de Seg. / sum", 06.10.99; CSJN , 04.05.1982 , "P., J.W c/ Minerva Cia. Argentina de Seguros S.A, ED 100-137), lo cierto es que de las cartas documentos Nº 375668573 y Nº 375691210 surge la negativa de la actora a permitirle efectuar la segunda evaluación incumpliendo la cláusula seis de comprobación de invalidez citada (fs. 68 y fs. 71) conllevando su conducta, a la suspensión del plazo en el cumplimiento de las cargas legales (art. 51-2, LS).-

Ahora bien, toda vez que el informe médico de la Dra. F. realizado el 07.04.2001 obrante a fs. 92 y reconocido por el mentado profesional en la audiencia testimonial (v. fs. 738/740) no fue efectuado a partir de una nueva evaluación de la actora -como señaló la Juez de grado- sino que de las manifestaciones del especialista surge la conveniencia de una nueva evaluación (cláusula seis), resulta adecuada la conducta de la demandada que luego de un intercambio epistolar y de la celebración de audiencias prejudiciales, le requirió a su contraria concertar una nueva entrevista con un médico oncólogo de la compañía.-

Efectuada la evaluación médica por los Dres. G. B. y G. (fs. 70/72 y 741/742) el 2 de junio de 2001, recibido el informe médico correspondiente el 06.05.2001 (fs. 70/72 y 106/109), la demandada rechazó al siniestro denunciado por O. el 16 de mayo de 2001 (fs. 73).-

En función de lo supra expuesto y teniendo en cuenta que las cartas documentos desconocidas en autos se encuentran autenticadas por el Correo Argentino (fs. 764 y 782), propongo rechazar la queja respecto a que la aseguradora rechazó extemporáneamente el otorgamiento del beneficio estipulado en el contrato de seguro.-



3) Decidida la primera queja de la actora, corresponde dirimir si las disfunciones alegadas por la asegurada resultan suficientes para configurar el supuesto de invalidez total y permanente al que alude la póliza. O sea, si su porcentaje es suficiente para configurar el riesgo cubierto, para luego decidir sobre la procedencia del reclamo.-

Para alcanzar tal objetivo estimo indispensable partir de la interpretación del contenido del contrato de seguro, ya que sólo a través de ese cauce podré determinar el derecho de los contendientes.-

Conforme surge de la cláusula primera del contrato de seguro, la incapacidad estaba amparada en las siguientes condiciones “La compañía concederá el beneficio que acuerda esta cláusula al asegurado cuyo estado de invalidez total y permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por tres meses como mínimo y se hubiera iniciado durante la vigencia de su seguro y antes de cumplir sesenta y cinco años de edad. Se excluyen expresamente los casos que afecten al asegurado en forma parcial o temporal”.-

En tanto de las expresiones utilizadas en el texto del contrato no se condicionó el pago de la indemnización a un porcentaje de incapacidad determinado, cabe recordar que la invalidez total no puede caracterizarse de modo abstracto, desvinculada de las circunstancias personales del asegurado y la concreta relación de trabajo que cumple.-

Deben meritarse circunstancias tales como la edad, la preparación intelectual o capacitación para el trabajo, el grado de discapacidad física y, su incidencia para la actividad que desarrolla. Ello porque cuando se repara la incapacidad, lo que se compone es la disminución padecida en función de la actividad desarrollada antes de su ocurrencia (CNCom., esta Sala, “A., J. C. R. c/ La Buenos Aires Cía. de Seguros S.A.”, 16-11-93 y sus citas).-

No obsta a lo anterior, la existencia de cierta capacidad residual sino que la tarea que pueda



desarrollarse sea compatible -razonablemente- con los servicios concretos que el damnificado prestaba al declararse su incapacidad.-

En ese sentido, la cláusula que cubre el riesgo de invalidez total, no debe entenderse en su expresión literal, esto es, estar casi muerto o ser incapaz de realizar cualquier tipo de tareas, sino en un sentido más flexible, pues de lo que se trata, es de establecer si el beneficiario se encuentra imposibilitado de realizar aquellas actividades que le sean habituales u otras similares (CSJN, agosto 23-1988 "M. I. c/ Y:P:F. y otro", ED, diario del 7-2-1989).-

Me dedicaré entonces a examinar el contenido de los medios de prueba colectados: a fs. 518/522 obra la pericia medica realizada por el Dr. C. en cuyas conclusiones determinó la incapacidad en el 20% parcial y permanente del valor obrero total y total vida.-

Juzgo que en el caso se impone la desestimación del recurso, a la luz de los lineamientos jurisprudenciales enunciados supra, ya que una incapacidad del 20% resulta ser de grado insuficiente para considerarla como total y, por ende, para que quede amparada por el seguro contratado.-

No desconozco que el perito médico fijó en un 70% la incapacidad parcial y permanente del valor obrero total y total vida de la asegurada (fs. 556), pero tampoco puedo obviar que el experto ponderó una prueba no ordenada en autos (peritación médica efectuada en el juicio "O., Z. c/ Prodan", en trámite por ante el Juzgado Civil N° 74), introducido por la actora al impugnar la peritación médica de fs. 518/522 (fs. 524), lo que motivó que el magistrado de la anterior instancia ordenara su desglose (fs. 562 y 622/623).-

Ello fue consentido por la actora al no haber propugnado su reedición en esta instancia.-

4) De su lado, el escueto y paupérrimo segundo informe médico presentado por el Dr. S. (fs. 586 y 611) no responde los puntos de pericia propuestos, por lo que sería injusto aceptarlo como corroborante del reclamo actor, dada su comprobada fragilidad, en tanto se limitó a reseñar las constancias de autos.-



La falta de idoneidad de la segunda pericia médica producida en autos, en orden a la comprobación del siniestro alegado me deciden a no meritarla, porque desestimo su idoneidad probatoria (art. 477 Cpr.). Darle relevancia pese a su magro valor importaría transgresión a una primordial regla judicial: la sana crítica (art. 386 Cpr.; CNCom., esta Sala, “Acuario Compañía de Seguros S.A. c/ D., A. s/ ordinario” del 24-11-97).-

Tampoco es susceptible de variar mi decisión el contenido de la prueba testimonial ofrecida en autos, tendiente a acreditar la incapacidad de la asegurada. Examinada la declaración del Dr. G. B., el testigo reconoció el informe médico copiado a fs. 106/109 (cuyo original obra a fs. 67/70 de la causa penal “Siembra Seguros de Vida S.A y otros s/ estafa y abandono de persona” que tengo a la vista), en el cual sostuvo que la incapacidad de la actora llegaría a un 25-30% de incapacidad (fs. 741/742) mientras que el Dr. C. declaró que “...no le encontré a... O. causas que conlleven a la incapacidad laboral total... las incapacidades laborales están condicionadas por alteraciones funcionales de órganos o miembros y la patología que presentaba la paciente no se ajustaba a esos parámetros” (fs. 465/467).-

En tanto que la Dra. L reconoció el documento de fs. 93 (ver original obrante a fs. 66 de la causa penal) en el cual, al evaluar la histórica clínica de la actora sostuvo que “no hay evidencia de limitación funcional del brazo de la mastectomía... rechazar la póliza, porque puede realizar tareas” (fs. 739).-

De su lado, las declaraciones de los Dres. H. y L. no son contundentes para acreditar por sí mismos la incapacidad de la actora. La primera sostuvo que la capacidad de razonamiento y juicio de la asegurada estaba conservada, pero que no se encontraba capacitada para organizarse laboralmente (fs. 468/470); en tanto que Lastiri -testigo calificado por haber evaluado a la asegurada el 17.08.2000- sostuvo que no podía cuantificar el nivel de incapacidad de la asegurada (fs. 433/435).-

Súmese a ello que en el informe médico copiado a fs. 54 (reconocido por las partes) surgen respuestas contradictorias; por un lado se sostiene que la asegurada podría ejercer variables



tareas según la tolerancia a la quimioterapia y, por otro, que aquélla no podría ser tratada adecuadamente si retornaba parcialmente al trabajo.-

Además, en la contestación de oficio de la Municipalidad de San Isidro se informó la baja de oficio de la actividad de la asegurada a partir del 1 de septiembre de 2003 y no -como alegó la accionante- desde julio de 2000, encontrándose verificado que al menos hasta el 20 de julio de 2001 el comercio estuvo a cargo de la hija de la titular (fs.418). Asimismo, la actora no acreditó la imposibilidad de realizar tareas similares a las que antes cumplía.-

Agréguese a lo anterior la caducidad de la prueba informativa al Hospital Italiano y la negligencia de las declaraciones de S., P. y E. (todos testigos propuestos por la actora) en fs. 528 y 530.-

Bajo esas circunstancias, no advierto en el sub-lite irregularidades en la valoración de la prueba; la a quo realizó un análisis razonado de las probanzas reunidas y su decisión estuvo fundada en aquéllas. Tampoco observo elementos que permitan variar el criterio expuesto. Por ello y sin desconocer la gravedad de la enfermedad diagnosticada a la asegurada y los pesares por los que habrá debido atravesar, concluyo que no acreditó la incapacidad total y permanente que arguye (art. 377 C.P:C.C.). Resulta abstracto tratar el agravio respecto a la errónea interpretación sobre el concepto jurídico de la incapacidad total y permanente, en virtud de los lineamientos jurisprudenciales utilizados en la ponencia a los fines de dirimir la existencia del siniestro alegado.-

VII. CONCLUSION

Por los argumentos expuestos, a los que deberán agregarse los de la a quo en lo pertinente, propongo al acuerdo la confirmación de la sentencia apelada. Con costas a la vencida (art. 68 Cpr.). He concluido.-

Por análogas razones la Dra. Ballerini adhirió al voto anterior. Con lo que terminó este Acuerdo que firmaron las Sras. Jueces de Cámara.-

Regístrese por secretaría, notifíquese y devuélvase.-



Fdo.: Matilde E. Ballerini, Ana I. Piaggi.-

La Dra. María L. Gómez Alonso de Díaz Cordero no interviene por hallarse en uso de licencia (art. 109, RJN).-

Buenos Aires, 15 de marzo de 2013

Y VISTOS:

Por los fundamentos del Acuerdo que precede se resuelve desestimar las quejas de la accionante y confirmar la sentencia recurrida, con costas a su cargo (art. 68, CPCCN).-

Regístrese por secretaría, notifíquese y devuélvase.-

Fdo.: Matilde E. Ballerini, Ana I. Piaggi.-

La Dra. María L. Gómez Alonso de Díaz Cordero no interviene por hallarse en uso de licencia (art. 109, RJN).-

JORGE DJIVARIS - SECRETARIO DE CÁMARA