

Título: El deber de información en los contratos de seguros colectivos. Alcances y límites en la doctrina del Superior Tribunal de Justicia de Neuquén

Autor: Imaz, Joaquín A.

Publicado en:

Cita: TR LALEY AR/DOC/3306/2021

Sumario: I. Introducción.— II. Antecedentes del caso.— III. Sentencia de primera instancia y de la Cámara Provincial de Apelaciones.— IV. Instancia extraordinaria.— V. Nuestra opinión.— VI. El deber de información.— VII. Conclusión.

(\*)

## I. Introducción

El presente trabajo tiene por objeto comentar el fallo "Bruna" (1) pronunciado recientemente por el Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Neuquén, mediante el cual el máximo tribunal resuelve sobre la validez del tope indemnizatorio existente en la póliza asegurativa de la que es acreedor el asegurado. El fallo, además, estrecha lege ferenda la forma en que deben interpretarse los contratos de seguros colectivos, con la proa puesta en unificar a futuro, la diversidad de criterios jurisprudenciales que abordaron el tema con resultados desiguales a partir de la doctrina judicial vertida por el mismo tribunal en el fallo "Geliz" (2), una década atrás. El tema tratado en la sentencia es de vital importancia no solo en materia de previsión y determinación de primas de seguros, sino y sobre todo en la consagración cabal de un principio ético cardinal en el terreno de los contratos, determinado hoy en el art. 1061 del Cód. Civ. y Com., esto es el de la buena fe (3). En todos y puntualmente, en los contratos de seguro, la buena fe no solo debe presidir la etapa de constitución de la relación jurídica, sino también la ejecución e interpretación de cualquiera de sus términos por lo que es exigible íntegramente a todos los sujetos que componen la relación asegurativa, incluso al asegurado beneficiario.

## II. Antecedentes del caso

El accionante resultó ser acreedor de un seguro colectivo contratado oportunamente por su empleador, por padecer una incapacidad constitutiva del riesgo cubierto por la póliza asegurativa. El beneficiario del seguro, durante la relación laboral, sufrió diversas afecciones en su salud, que terminaron ocasionándole la invalidez cuya indemnización reclama. Ahora bien, la controversia que motiva la apelación extraordinaria que finalmente descuella en el fallo examinado, no es otro que la determinación del monto por el cual debe prosperar la indemnización que otorga el contrato de seguro colectivo. Puntualmente, si rige o no, en el caso concreto, la suma máxima asegurada pues, así como el beneficiario entiende que el capital asegurado y que le corresponde equivale al múltiplo de 25 sueldos sin ningún tipo de límite, el asegurador opina que existe un tope que corresponde por dicho siniestro de pesos trescientos mil (\$ 300.000), suma manifiestamente inferior a lo pretendido por el accionante.

La labor judicial en el fallo comentado estribó, entonces, en desentrañar el contenido de las cláusulas contractuales de la póliza aludida, para conocer finalmente si dicho tope es o no, oponible al actor.

Lo cierto es que el contrato vigente en ese momento, así como preveía entre los riesgos cubiertos, la incapacidad total y permanente por la enfermedad denunciada, también establecía expresamente como límite un tope o suma máxima asegurada.

Dicha cláusula, a priori, no parecería necesitar para su eficacia de mayores esfuerzos argumentales, más aún si se tiene en cuenta que dicha póliza constituía a la vez la renovación de la anterior que también contenía el mismo tope indemnizatorio. Sin embargo, a renglón seguido y en letras mayúsculas el mismo contrato prescribía que a partir de determinada fecha, existía la posibilidad de eliminar el tope de la suma asegurada siempre y cuando el beneficiario haya sido relevado y este haya aceptado expresamente esta condición. Es decir, desde el inicio de la relación asegurativa, el contrato contenía una suma máxima asegurada, pero en ocasión de la renovación de las condiciones de cobertura se pactó entre la aseguradora y el tomador, la posibilidad de ofrecer a los empleados alcanzados, la opción de eliminar el tope de la suma asegurada como contrapartida al aumento del costo mensual de la prima y bajo determinadas condiciones que debían aceptar expresamente el beneficiario.

Finalmente, tanto el decreto provincial que autorizaba la modificación de la suma asegurada (tenga presente el lector que el tomador de la póliza fue el estado provincial neuquino), así como el nuevo costo fijo mensual y el encuestamiento previo que requería la póliza, fueron postergados por el tomador del seguro. Es por esta razón, que al beneficiario del seguro se le descontaba de su recibo de sueldo un importe fijo mensual por dicha suma máxima asegurada y luego de que comenzara a regir la nueva póliza a partir de la fecha estipulada, siguió pagando la misma prima.

### III. Sentencia de primera instancia y de la Cámara Provincial de Apelaciones

La Cámara de Apelaciones, confirmando la sentencia de primera instancia, hizo lugar a la pretensión del accionante, consideró que la defensa de la aseguradora en relación con el tope de la suma asegurada no resultaba atendible, ello por la forma en deben interpretarse las cláusulas del contrato de seguros, en el cual, por ser una estipulación a favor de terceros, no interviene el asegurado. Todo ello en el marco de la interpretación a favor del consumidor que exige la ley de defensa del consumidor (4).

Para así decidir, señaló el tribunal de alzada, que la póliza bajo estudio resulta un contrato de adhesión en el que la totalidad de las cláusulas son redactadas por el asegurador y por ello le son aplicables las reglas de interpretación de los contratos con cláusulas predispuestas. En esta línea de ideas agrega, que el modelo de interpretación referido también resulta aplicable a los contratos de consumo, conforme lo prevén el art. 1095 del Cód. Civ. y Com. y la Ley de Defensa del Consumidor (5).

Sostuvo así empleando los principios del derecho del consumo por sobre la ley de seguros, más allá de que sea la ley específica, que no existen elementos de convicción que demuestren que el beneficiario hubiese tenido conocimiento suficiente de dos premisas significativas para el razonamiento del tribunal; en primer lugar, de las modificaciones de las condiciones de cobertura relacionadas con el capital asegurado, convenidas entre el tomador y la aseguradora en oportunidad de acordar la renovación de la contratación del seguro colectivo y en segundo término, que a los fines de hacerse acreedor de las sumas aseguradas sin tope máximo, tenía la obligación de cumplir con las condiciones que surgen de la póliza, esto es, el relevamiento por parte de la aseguradora y suscripción de un formulario presentando consentimiento. Concluye irremediamente, que la exigencia prevista en la póliza a fin de que el actor resulte acreedor del capital asegurado sin el tope máximo, le resulta inoponible desestimando el recurso de apelación del asegurado.

### IV. Instancia extraordinaria

Llega la controversia al Tribunal Superior de Justicia de Neuquén, como resultado del recurso de Nulidad extraordinario que articulara la aseguradora demandada. En forma unánime, el máximo tribunal ordena nulificar la sentencia de la Cámara Provincial de Apelaciones que confirmara el pronunciamiento del juez de Primera Instancia, revocando parcialmente este último y naturalmente, reduciendo el monto de condena al monto máximo fijado en la póliza cuestionada.

Entiende el tribunal supremo que la cuestión a resolver se circunscribe puntualmente, a determinar el monto por el cual debe prosperar el seguro de vida del cual el actor es beneficiario, concretamente si en el caso rige o no un tope a suma máxima asegurada. Previo a todo, cree necesario remarcar la importancia que tiene para el tribunal la observación del deber de información, particularmente en los seguros de vida colectivos (6); esto es así porque se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, en donde el asegurado permanece ajeno a la negociación de las cláusulas. Sin embargo, juzga errada la línea argumental seguida por la Cámara de apelaciones, que funda sus conclusiones en un supuesto incumplimiento de dicho deber, toda vez que, el asegurado —según entiende el tribunal de alzada— no fue informado respecto de la opción y requisitos para acceder a la liberación del tope.

La vigencia del deber de información en este tipo de contratos y las consecuencias por su incumplimiento fue privilegiada por el Máximo Tribunal en otros supuestos en que se invocaban cláusulas limitativas de garantía, que lógicamente importaban denegar o reducir la cobertura, con la adyacente afectación de los asegurados. Sin embargo, no encuentra en el caso tratado, un supuesto que comparta las mismas premisas, pues aquí, la modificación incorporada al contrato no implica restringir o empeorar la situación del asegurado, sino todo lo contrario, ciñe una opción para mejorar la protección a su favor; entiende el vocal que la confusión de estos dos escenarios ha llevado a los magistrados de las instancias anteriores, a arribar a una solución apartada de las constancias de la causa y por ende errada.

Cierto es que la aseguradora demandada planteó en el proceso la existencia de una suma máxima contemplada en la póliza y que, el accionante sostuvo la inoponibilidad de los requisitos previstos para la liberación del tope por no conocerlos, pero también es cierto, sostuvo el máximo tribunal en una lógica irreprochable, que desde el inicio de la relación asegurativa y aún luego de la renovación la póliza, esta contenía una suma máxima asegurada, pero en ocasión de la renovación de las condiciones de cobertura, se pactó entre la aseguradora y el tomador, la posibilidad de ofrecer a los empleados alcanzados, la opción de eliminar el tope de la suma asegurada, bajo determinadas condiciones que deberían aceptar expresamente, siendo esto último factible una vez finalizado el contrato vigente.

No debe perderse de eje, afirma con claridad el magistrado, que, tal como fue pactado, el principio era la continuidad de la cobertura con tope a cambio de una prima fija y la excepción era la eliminación del tope a cambio de un incremento de la prima mensual, previa aceptación de las condiciones. En definitiva, existía un

límite económico de la cobertura, pero posteriormente se introdujo la posibilidad de que, siempre a cambio de un mayor precio se amplíe la cobertura del seguro a supuesto originariamente excluidos. Ese es el esquema que surge palmariamente de las constancias arribadas por las partes, de modo que lo decidido por las instancias precedentes, al adoptar un razonamiento inverso, aparece dogmático y sin sustento en ellas.

Agrega el magistrado que no se trata aquí de una eventual inoponibilidad de cláusulas limitativas de cobertura, sino que lo que se pretende declarar inoponibles son, en definitiva, cláusulas que incorporan una mejora bajo condición de aceptación y pago del nuevo precio.

Que el actor haya pagado siempre la misma prima antes y después de la renovación, es un dato elocuente para el tribunal superior, en términos de afinidad o distancia con lo decidido por la Cámara de apelaciones, dado que, si se aceptara que, por el solo hecho de no habérselo anoticiado de la opción de mejorar la cobertura, tiene derecho a ella, pese a que nunca abonó el incremento correspondiente, se estaría convalidando un enriquecimiento sin causa en cabeza del asegurado. El correlato del riesgo asumido por la empresa de seguros, de su delimitación y del límite pecuniario de la prestación que el asegurador promete para el caso de ocurrencia del siniestro, es el precio que cobra; en concreto asevera el tribunal, el actor pretende hacerse de una suma mayor de dinero, aumentando el capital asegurado, sin haber abonado una prima superior, ni ofrecer hacerlo.

Señala el tribunal que la aplicación de la Ley de Defensa del Consumidor y, por ende, del régimen tuitivo que prevé dicho ordenamiento, no constituye fundamento suficiente para escapar sin más, a las previsiones contractuales, ni para reconocer una calidad no prevista en la relación asegurativa.

Concluye definitivamente que, al permanecer las condiciones iguales a igual prima, no se constata afectación alguna y, por ende, la declaración de inoponibilidad de la cláusula contractual decidida por el tribunal de alzada no encuentra anclaje ni puede ser avalada en esta instancia.

#### V. Nuestra opinión

Resumidos los principales argumentos de la sentencia, pasaremos a exponer nuestro punto de vista sobre ellos. Entendemos que la solución arribada por el Superior Tribunal de Justicia en el fallo objeto del presente comentario, es atinada en cuanto la claridad de sus fundamentos, lo que facilita la función predictiva de los abogados en el ejercicio de la profesión.

Compartimos las conclusiones a las que arriba el tribunal por las razones que puntualizaremos a continuación. Aun así y más allá del caso coyuntural y cualquier observación que pudiéramos aportar, queda en evidencia desafortunadamente, un problema ya maduro que afronta la República Argentina sumida desde hace décadas en un proceso inflacionario y de sempiterna desvalorización de su moneda que torna muchas veces ilusoria, la función resarcitoria de los contratos de seguros y cualquiera de las mejores previsiones que pudiera hacerse con buenas intenciones. Ahora bien, dicho esto, afirmamos también que no es función del poder judicial, y de esto el máximo tribunal se hace cargo en su sentencia al nulificar la decisión de la Cámara de Apelaciones, proteger el valor de la moneda ni los descalabros económicos que, más acá de las particularidades del caso concreto, a todos nos hermana en la tribulación. La defensa de la moneda por su complejidad es atribución exclusiva de Poder Legislativo (7), por lo que aquellas decisiones judiciales que reducen un fondo complejo a un análisis exclusivamente jurídico implican además de la jibarización de las circunstancias, un procedimiento que advertimos peligroso, cortoplacista y enteramente ajeno a las funciones judiciales.

Desde un análisis económico del contrato de seguro, la prestación del asegurador no debe constituir un vehículo de enriquecimiento en favor del asegurado, ni colocarlo en situación más favorable si el siniestro no se hubiera verificado. En el derecho de propiedad, de los contratos y de la responsabilidad civil, es decir en el derecho privado patrimonial, la eficiencia es un fin en sí misma y, a través suyo, se alcanza el máximo de beneficio y el mínimo de costos, de suerte tal que se la consagra como protagonista de la finalidad del ordenamiento jurídico (8).

Ahora bien, en relación con el derecho de los contratos, inquieta desde un análisis económico aquellos que son de duración y en particular su incumplimiento, desde esta óptica el mejor sistema será aquel cuya exigibilidad sea más eficiente en relación con el cumplimiento de la promesa y aquel que logre los resultados derivados de la inejecución a un menor costo.

En esta línea, es esencial la planificación racional del contrato para lograr de forma anticipada las muchas contingencias futuras previsibles. Se estimula entonces la desaparición de la incertidumbre de los contratos redactados en cada caso como resultado de una negociación particular, y se los sustituye por esquemas estandarizados mediante el establecimiento de condiciones generales, que eviten la negociación caso por caso y que tiene la ventaja de reducir costos.

En La economía política como jurisprudencia racional (9), su autor suministra el ejemplo de un profesional

fabricante de tejidos que adquiere lana que se encuentra "en no muy buenas condiciones" lo que provoca que los pulóveres manufacturados se arruinen. Lo que debe dilucidarse, a los fines de la distribución del riesgo, es quién de los dos debía inspeccionar la lana. El "análisis económico" responsabilizara al vendedor pues el examen le resultara a él más barato. El juez, sin embargo, no hará responsable al vendedor, pues considerará que el adquirente es un profesional (art. 1270 del Código civil de Velezano vigente cuando fue escrita la obra, equivalente al art. 1053 inc. a- del Código Civil y Comercial). En consecuencia —prosigue— como el costo de la negociación es menor a aquel que conduce la solución legal, en el futuro los operadores económicos habrán de incluir en los documentos contractuales cláusulas adicionales de desplazamiento de la responsabilidad civil en el vendedor.

Ahora bien, concebir al contrato como instrumento de maximización de utilidades individuales, parece más un axioma gobernado por consideraciones económicas, que un principio fundado en un análisis jurídico-moral. Si tomamos como ejemplo el contrato de seguro, vemos que se trata de uno de los que exhibe, con mayor énfasis, la necesidad de reciprocidad complementaria de los contratantes para lograr la ejecución útil del negocio, pues puede acontecer que circunstancias conocidas por el asegurado al tiempo de la formación del contrato o agravadas en la etapa de ejecución, sean ignoradas por el asegurador. En ese caso, este último dispone de un arsenal normativo que favorece su posición, ya que la falsa declaración o la reticencia, facultan a la aseguradora a optar por la nulidad del contrato o por su reajuste al verdadero estado del riesgo (10).

Así también, la extensión del riesgo, o sea, la efectiva garantía asumida por el asegurador, en muchas ocasiones no es informada cabalmente al asegurado en forma previa y la cuestión recién es advertida luego de verificado un siniestro y frente a un pronunciamiento contrario a los intereses del asegurado (11). Entonces se repara que el riesgo cubierto ha sido enunciado genéricamente lo que provoca un conflicto de interpretación. La ley omite la regulación de estos supuestos por lo que habrá de estarse a la doctrina que emana de las restantes fuentes del derecho, así es casi unánime la doctrina judicial que sostiene que si las reglas de la autonomía son claras, la extensión del riesgo debe apreciarse en forma literal, restrictiva o limitadamente por lo que no es admisible la interpretación analógica ni extensiva en la materia sobre la que se contrata, dado que ampliar la cobertura produciría una desnaturalización de la relación de equilibrio (12).

Pero si la redacción de la cláusula no es transparente porque es ambigua, la interpretación se hará en el sentido más favorable al asegurado (13), transfiriéndose al asegurador, dada su condición de profesional predisponente, las consecuencias que derivan de la imprecisión del lenguaje en razón de ser quien cuenta con la experiencia y aptitud técnica, lo que presupone que se encuentra en mejores condiciones que el asegurado para fijar con mayor precisión y de manera indubitada la extensión de sus obligaciones.

## VI. El deber de información

El Tribunal Superior de Justicia de Neuquén ha remarcado en el fallo comentado y en sendas oportunidades, la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos, dado que se trata de contratos celebrados entre tomador y asegurador, permaneciendo el beneficiario asegurado ajeno a la negociación de las cláusulas. Sucede que, cuando el asegurador se halla desinformado, dispone de remedios legales que bloquean la posibilidad de que deba afrontar los efectos desfavorables que siguen a la reticencia, a la falsa declaración o la agravación del riesgo; en cambio el asegurado profano y desinformado sobre el alcance del objeto del contrato, carece de remedios específicos en la ley que resguarden su buena fe. El asegurador se ve favorecido por los textos legales. En cambio, el asegurado en su ignorancia legítima resulta perjudicado por ausencia de textos legislativos. Entendemos que este escenario, es la piedra fundacional del deber de información que reconocen nuestros jueces, es decir, el rebote necesario a esta desigualdad originaria debe provenir necesariamente desde afuera del contenido negocial, los mecanismos de restablecimiento del equilibrio formal son exógenos al radio de previsibilidad de los textos contractuales, pues el vínculo asegurativo, por ser predispuerto, obsta a que el asegurado participe en el debate o redacción de estos.

Las normas jurídicas que cubran el vacío legal, por un lado, el control estatal efectivo (14) por otro y las decisiones judiciales en este sentido, son los instrumentos necesarios para paliar la distinta entidad del poder de negociación de cada parte.

En definitiva, la defectuosa redacción o la falta de información respectivamente, pueden llegar a producir una fractura de la relación de equivalencia que debe presidir la ecuación prima/riesgo y ello acontecería tanto si el asegurador debe afrontar el pago de una indemnización sin haber percibido del asegurado la adecuada contraprestación, tal como aconteció en el caso "Bruna", yerro rectificado por el Tribunal Superior de Justicia, como también cuando el asegurado afronte el pago de una prima por un riesgo no asumido por el asegurador, tal como sucedió en el precedente "Geliz" (15), íntimamente complementario al primero y al que nos referiremos a continuación.

Como se advierte, la cuestión se halla inescindiblemente ligada al deber de información que integra uno más amplio, el de cooperación, en tanto uno y otro son derivaciones necesarias del principio cardinal de la buena fe debida tanto en la etapa precontractual como en su ejecución.

Reconocemos en los antecedentes "Bruna" y "Geliz", además del ineludible paso del tiempo que determino la modificación originaria de la composición del máximo tribunal por la jubilación de sus integrantes (16), una reciprocidad que sabemos complementaria. En aquella oportunidad el acreedor de un seguro colectivo contratado oportunamente por su empleador promovió demanda contra la empresa aseguradora por el cobro de una suma de dinero que correspondería en concepto de indemnización por invalidez total y permanente, por estar cubierta como riesgo en la póliza asegurativa. Se advertida rápidamente que los hechos en ambos antecedentes son similares, pero en "Geliz" el beneficiario padecía una incapacidad parcial y permanente en función de dos causales diferentes, por un lado, patologías psiquiátricas y por el otro físico, que sumadas superaban la incapacidad mínima que constituía el riesgo cubierto, pero consideradas en forma individual no eran indemnizables.

La póliza vigente en aquel momento excluía expresamente en una de sus cláusulas, la posibilidad de considerar la invalidez psiquiátrica, dentro del riesgo previsto en la póliza. Por ello la Cámara de Apelaciones, revocando la sentencia de primera instancia, rechaza la demanda interpuesta, pues si bien la actora padecía una incapacidad que considerada en forma global era indemnizable, lo cierto es que al tener origen en dos causas y una de ellas, la más importante estar excluida expresamente en los términos del contrato de seguros, la incapacidad denunciada no se encontraba cubierta por la póliza, es decir no integraba el riesgo asegurado.

El Tribunal Superior de Justicia criticó en aquella oportunidad el apego irrestricto a las cláusulas limitativas de responsabilidad que sostuvo el tribunal de alzada, apelando para nulificar la sentencia, a la finalidad tuitiva y de naturaleza alimentaria de los seguros colectivos de vida, que tienden a proteger al individuo de las contingencias propias de la existencia individual. Nos recordó el máximo tribunal en aquel momento, que el ser humano por ser único e irrepetible funciona como un organismo total, con una realidad sustantiva con notas psico-orgánicas, no divisibles y que son atributos propios y esenciales de la persona. También hizo mérito de la función social reconocida en estos tipos de seguros, que por su naturaleza deben situárselos dentro del ámbito laboral, siendo no solo un seguro de vida comercial sino también perteneciente a la esfera de la seguridad social (17).

Además de las razones dadas, se concibió indispensable que, como mínimo, el beneficiario conozca el contenido del contrato y todas las modificaciones que se introduzcan a través de una información clara y precisa, más aún, cuando en esa oportunidad el empleador y tomador del seguro, contrato originalmente con una empresa de seguros cuya razón social era IPAS hasta su desaparición, continuando la cartera de aquel el IAPSER, la aseguradora La Buenos Aires New York Life SA, Omega Jefferson Pilot Seguros de Vida SA, Reliance Nacional Cía. Argentina de Seguros y, a partir del 1 de marzo de 1999, General American Argentina Seguros de Vida SA, Siembra Seguros de Vida y, finalmente La Caja de Seguros de Vida SA. Ahora bien, salvo esta última, ninguna de las anteriores pólizas que se fueron renovando sin solución de continuidad, excluía dentro del riesgo cubierto a los fines de acceder a la indemnización por incapacidad, las patologías psiquiátricas.

Fue imposible para el beneficiario conocer los términos de la póliza cuestionada y menos aún los cambios posteriores y si bien es cierto que la Ley de Seguros no contiene directivas de interpretación, pues solo consagró en su art. 11, segundo párrafo, el deber del asegurador de entregar al tomador una póliza debidamente firmada y fácilmente legible y el art. 25.3.1 de la Resolución 33.463 dictada por la Superintendencia de Seguros le impone a la aseguradora, en los casos de pólizas colectivas, el deber de entregar a cada asegurado un certificado de incorporación (18), también es cierto que, a partir de la sanción de la ley 24.240 se cuenta con directivas específicas de la interpretación de los contratos por adhesión, como el analizado. En su art. 37, la citada ley establece que la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable para el consumidor. Esta directiva tiene una indisimulable finalidad tuitiva del polo débil de la relación y dispone imperativamente que la decisión deba favorecer la posición contractual del consumidor, lo que impuso un orden imperativo que excede y sobrevuela las convenciones privadas, mucho más en el caso de las contrataciones en masa con cláusulas predisuestas.

Este deber de información como patrón de referencia debe ser cotejado y pesa sobre la aseguradora las consecuencias de su inobservancia. Esto se agrava aún más en el seguro colectivo que se celebra entre el tomador y el asegurador. El asegurado beneficiario, a pesar de su condición de destinatario final de la prestación a cargo del asegurador, no interviene ni influye en el contenido contractual, en sus condiciones particulares, ya que, dada la formación del contrato del seguro, jamás participa en la creación de las condiciones generales. Esta nota distintiva de los seguros bajo examen, hace que el asegurado sea ajeno a la discusión del alcance de la cobertura, su determinación, su delimitación y, por consecuencia, de las exclusiones de cobertura.

Con referencia a los seguros colectivos de vida, la Corte Suprema de Justicia de la Nación señaló: "La cláusula de la póliza que cubre el riesgo de invalidez total, que requiere que el asegurado no pueda desempeñar 'cualquier actividad remunerativa' no se la puede entender 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 eran habituales, u otras similares. Si la cláusula de la póliza que cubre el riesgo de invalidez total, que requiere que el asegurado no pueda desempeñar 'cualquier actividad remunerativa' se la entendiese en su expresión literal, el riesgo cubierto sería inexistente, dado que, salvo el caso de muerte, siempre una persona estaría en condiciones de realizar alguna tarea, por más insignificante que ella fuese" (19).

## VII. Conclusión

Cierto es que, en el mundo del derecho privado patrimonial, la verdad no solo es argumentable sino también muchas veces un modo de enunciación y, para que un planteo resulte convincente no basta para el litigante tener razón o simular que se la tiene. Hay que saber presentarlo. Ese es el motivo por el cual Máximo Tribunal, luego de constituirse en celoso guardián del deber de información derivación rayana de la buena fe contractual y principio cardinal que debe capitanear la negociación en todos los contratos, recordó también cuales son aquellos límites infranqueables para impedir la desnaturalización de la relación de equilibrio entre las partes contratantes. Las cláusulas limitativas de responsabilidad son ineludibles en los contratos de seguro, ya que hacen a la técnica asegurativa, por lo tanto, son oponibles a terceros no contratantes, ya que la aseguradora "responde en la medida del seguro" (20). Sería absurdo que el mero cambio de fecha, de un día para el otro y sin pagar el precio, los asegurados que tenían un tope pasaran a no tenerlo, pues rompería cualquier ecuación económica financiera del contrato. El derecho debe limitar su función a garantizar la seguridad y libertad de la negociación siendo ajena cualquier función reguladora, salvo excepciones. Desde esa óptica coincidimos con quienes afirman que el derecho no es más que una "estructura redundante", por lo que propugna una fuerte limitación de su incidencia a los fines de alcanzar un mercado eficiente y que, básicamente, debe limitar su actuación a la formulación de un sistema de asignación de responsabilidades entre los sujetos intervinientes en actividades que los correlacionen.

(A) Abogado por la Universidad Nacional de Buenos Aires. Maestrando en Derecho Procesal por la Universidad Nacional de Rosario. Abogado del Estudio Jurídico Imaz & Asociados.

(1) STJ Neuquén, "Bruna, Miguel Ángel c. Sancor Cooperativa de Seguros Limitada s/ Cobro de seguros por incapacidad s/casación" (Expte. N° JZA1S1 Nro. 38.174/2017. Acuerdo Nro. 17 del 12/05/2021).

(2) STJ Neuquén "Geliz, Ana María c. Caja de Seguros de Vida SA s/Cobro de seguro por incapacidad" (Expte. Nro. 107 - año 2009) Acuerdo Nro. 46 del 2/11/2010.

(3) Código Civil y Comercial de la Nación. —1061— "Intención común. El contrato debe interpretarse conforme a la intención común de las partes y al principio de buena fe".

(4) Ley 24.240; art. 3: "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 25.156 de Defensa de la Competencia y la Ley 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". (Artículo sustituido por art. 3° de la Ley 26.361 - BO 7/04/2008).

(5) Código Civil y Comercial de la Nación.- Artículo... "Interpretación del contrato de consumo. El contrato se interpreta en el sentido más favorable para el consumidor. Cuando existen dudas sobre los alcances de su obligación, se adopta la que sea menos gravosa".

(6) El Tribunal Superior de Justicia de Neuquén ha remarcado reiteradamente la importancia de observar el deber de información en los seguros colectivos en los autos "Ferreira, María Silvana c. Caja de Seguros SA s/ cobro de seguro por incapacidad", voto del Dr. Massei al que adhiriera el Dr. Moya, sentencia de fecha 21/12/2012, Acuerdo 38/12, reiterando argumentos ya vertidos en el precedente "Geliz, A. M. c. Caja de Seguros de Vida SA s/ Cobro de Seguro por incapacidad" (Expte. Nro. 107 /2009, Acuerdo 46/2010).

(7) Constitución de la Nación Argentina. Art. 75.- "Corresponde al Congreso:... 11. Hacer sellar moneda, fijar su valor y el de las extranjeras; y adoptar un sistema uniforme de pesos y medidas para toda la Nación. ...19. Proveer lo conducente al desarrollo humano, al progreso económico con justicia social, a la productividad de la economía nacional, a la generación de empleo, a la formación profesional de los trabajadores, a la defensa del valor de la moneda, a la investigación y al desarrollo científico y tecnológico, su difusión y aprovechamiento".

(8) MERCADO PACHECO, P., "El Análisis Económico del Derecho Civil", Tecnos, Madrid, 1991, ps. 39 y 259 y ss.

(9) PAZ - ARES C., "La Economía Política como jurisprudencia racional ( aproximación a la teoría económica del derecho)", A.D.C. Madrid, 1981, p. 673. En la introducción a su obra afirma: "...no creo equivocarme mucho si afirmo, en este sentido, que una de las renovaciones más prometedoras o la menos más sobresalientes, que registran los estudios jurídicos en nuestros días, tiene su origen en el relanzamiento que ha experimentado la teoría económica individualista en el curso de estas dos últimas décadas..."

(10) Ley 17.418 . Art. 5. "...Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato. Plazo para Impugnar El asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad. Falta de dolo. Art. 6. Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5º, el asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del asegurado al verdadero estado del riesgo. En los seguros de vida el reajuste puede ser impuesto al asegurador cuando la nulidad fuere perjudicial para el asegurado, si el contrato fuere reajutable a juicio de peritos y se hubiera celebrado de acuerdo con la práctica comercial del asegurador. Si el contrato incluye varias personas o intereses, se aplica el artículo 45".

(11) Ley 17.418. Art. 56. "El asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista en los párrafos 2º y 3º del artículo 46. La omisión de pronunciarse importa aceptación".

(12) CNCom., Sala B, 22/12/1965, "Manufactura Algodonera c. Patria Cía. de Seg.; LA LEY 122-360; JA, 1966-II-164 en este mismo sentido se pronunció recientemente el Tribunal Superior de Justicia de Neuquén "Oria, María del Carmen c. Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. s/ Cobro de seguros por incapacidad" (Expediente JNQLA5 Nro. 509.021 - Año 2016) 21/06/2021.

(13) Ley 24.240 art. 37 "...la interpretación del contrato se hará en el sentido más favorable al consumidor ...".

(14) Ley 20.091 Art. 25.- El texto de las pólizas deberá ajustarse a los artículos 11, segunda parte, y 158 de la ley 17.418, y acompañarse de opinión letrada autorizada. La autoridad de control cuidará que las condiciones contractuales sean equitativas. Las pólizas deberán estar redactadas en idioma nacional, salvo las de riesgo marítimo que podrán estarlo en idioma extranjero.

(15) Fallo citado en el apartado 2.

(16) La Dirección de Gestión Humana, informa que en el día de la fecha ingresó el trámite de renuncia presentado por el presidente del TSJ Oscar Massei, con el fin de acceder a partir del 1º de Agosto a la jubilación que se encontraba tramitada y concluida desde abril del 2017. El magistrado fue designado como vocal del Tribunal Superior de Justicia por la Honorable Legislatura Provincial y juró el 19 de diciembre de 2008. Desde febrero de este año ejercía por tercera vez la Presidencia del Alto Cuerpo. Oscar Massei es abogado, fue docente de la Universidad Nacional del Comahue, fue asesor de diversas entidades sindicales y gremiales, ha participado como disertante en seminarios, conferencias y jornadas científicas. En el plano institucional, fue secretario y vicepresidente del Colegio de Abogados y Procuradores de Neuquén, representante ante la Federación Nacional del Colegio de Abogados; desempeño distintos cargos en asociaciones relacionadas al deporte y fue integrante del Comité de Evaluación de Magistrados y funcionarios creado por el STJ de Río Negro. Además, fue Juez de Cámara en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería de la Primera Circunscripción Judicial con asiento en la ciudad de Neuquén; Vocal del TSJ de la Provincia de Neuquén (a partir del día 11 de septiembre de 1991), integrante del Jurado de Enjuiciamiento en la Pcia. de Neuquén, consejero del Consejo de la Magistratura del Poder Judicial de la Nación, Miembro del Consejo Asesor del Foro Patagónico de los Superiores Tribunales de Justicia, Vocal Interino del Tribunal Superior de Justicia de Neuquén (2002), Auditor Judicial General del Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Río Negro, miembro titular del Jurado de Enjuiciamiento de Magistrados de la Nación y presidente del Jurado de Enjuiciamiento de Magistrados de la Nación. El magistrado fue designado como vocal del Tribunal Superior de Justicia por la Honorable Legislatura Provincial y juró el 19 de diciembre de 2008. Desde febrero de este año ejercía por tercera vez la Presidencia del Alto Cuerpo. 23/06/2020 <http://www.jusneuquen.gov.ar>.

(17) En el fallo citado en el ap. 12 el magistrado Oscar E. Massei afirmó "...distinguiendo dos conceptos que a veces se confunden, esto es los conceptos de "la seguridad social" y "el seguro social", siendo el primero el género y el segundo la especie como instrumento para hacer efectivo los beneficios de la seguridad social. La seguridad social tiene un objeto más amplio. Implica una política que supone la creación de instrumentos adecuados para erradicar con carácter general los males sociales y tiende a satisfacer las necesidades de los individuos y no solo la de los trabajadores..." "...El seguro social, por su parte, satisface un interés social inmediato, dando origen a una relación jurídica regulada por Ley, cuyo objeto es proteger las contingencias propias de la existencia humana. Su objeto consiste en cubrir toda la gama de contingencias y necesidades que afectan individualmente a un sujeto, pero se proyectan socialmente en sus efectos; es un seguro que debe ser situado también dentro del ámbito del derecho laboral, por su innegable finalidad tuitiva y protectora destinada

a proteger al trabajador y a sus causahabientes, en caso de producirse el siniestro que dé lugar a la protección del riesgo cubierto..."

(18) "En las pólizas colectivas deberá entregarse, por cada [...] persona asegurada, un 'Certificado de Incorporación' que contendrá como mínimo los siguientes datos, sin perjuicio de los requeridos en función del riesgo cubierto: a) Número de Póliza; b) Número de Certificado Individual de Cobertura; c) Fecha de emisión; d) Fechas de inicio y fin de la cobertura; e) Nombre, CUIT, CUIL, o DNI y domicilio del Asegurado y/o Tomador consignado en la póliza colectiva; f) Nombre, CUIT, CUIL o DNI del Asegurado —individual—; g) Riesgos cubiertos por cobertura; h) Suma asegurada por cobertura (o base de cálculo para los seguros de Vida Colectivo); i) Franquicias para cada cobertura, en caso de corresponder; j) Carencias para cada cobertura, en caso de corresponder; k) Beneficiarios designados (seguros de personas), en caso de corresponder; l) Premio total correspondiente al bien o persona en cuestión (excepto en los seguros de Vida)."Cada 'Certificado de Incorporación' deberá numerarse en forma cronológica como un endoso de la póliza respectiva".

(19) CSJN, "Isabelino, Marotte vs. Yacimientos Petrolíferos Fiscales y otros" (Fallos: Tomo 311:1556, Volumen 1. 1988).

(20) Ley 17.418.- Art. 118. "...El crédito del damnificado tiene privilegio sobre la suma asegurada y sus accesorios, con preferencia sobre el asegurado y cualquier acreedor de este, aun en caso de quiebra o de concurso civil. Citación del asegurador. El damnificado puede citar en garantía al asegurador hasta que se reciba la causa a prueba. En tal caso debe interponer la demanda ante el juez del lugar del hecho o del domicilio del asegurador. Cosa juzgada La sentencia que se dicte hará cosa juzgada respecto del asegurador y será ejecutable contra él en la medida del seguro. En este juicio o en la ejecución de la sentencia el asegurador no podrá oponer las defensas nacidas después del siniestro..."