

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de derecho y ciencias políticas

Sede regional: Rosario

Carrera: Abogacía

Alumna: Daiana Venturini

Tutora: Dra. Castillo María Eugenia

Tesis: Marco regulatorio del contrato de seguros, análisis de las exclusiones de cobertura.

Fecha de presentación: 23/07/2021

Correo electrónico: Daianabventurini@hotmail.com

Teléfono: 3413689107

Marco regulatorio del contrato de seguros, análisis de las exclusiones de cobertura

Índice

Dedicatorias y agradecimientos.....4

Resumen.....5

Objetivos.....5

Introducción.....6

CAPÍTULO I

Antecedentes generales

I. El contrato de Seguro. Su nacimiento en el derecho argentino.....7

CAPITULO II

El contrato de seguro y su regulación

II. Marco regulatorio. Límites a la autonomía de la voluntad. Elementos del contrato de seguro. Actividad reglada.....10

II.I El rol de la Superintendencia de Seguros de la Nación en los contratos de seguro. Condiciones uniformes de contratación para ramos de automotores.....14

CAPITULO III

Elementos del contrato de seguro.

III. El interés asegurable.....16

III.I Riesgo. Caracteres, su determinación.....17

III.II La prima.....18

CAPITULO IV

Exclusiones y limitaciones de cobertura en el contrato de seguro.

IV. Exclusiones de póliza y las cláusulas limitativas de la responsabilidad. Sus diferencias con las cláusulas de caducidad……..……....20

IV.I. Las cláusulas de exclusión en análisis…….…….....25

IV.II. La problemática del articulo 56 LS…….....34

IV.III. La suspensión del contrato de seguro por falta del pago de la prima……..38

IV.IV. La culpa grave…..……..39

IV.V. El dolo……..…...…….……....42

CAPITULO V

Prácticas y cláusulas abusivas. Normativa relevante en la temática

V. Prácticas abusivas……...…….....43

V.I. Cláusulas abusivas……..……..46

CAPITULO VI

La suma asegurada.

VI. La cuestión de la suma asegurada. Jurisprudencia……..48

VII. Conclusiones……..52

Bibliografía……54

Jurisprudencia……55

Dedicatorias y agradecimientos:

El presente trabajo quiero dedicárselo a todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron a lo largo de mi carrera universitaria, brindándome toda la confianza y sostén que necesitaba para poder seguir adelante en este difícil pero hermoso camino:

En primer lugar, a mi familia por la paciencia, el apoyo incondicional y por adaptarse a mis horarios y necesidades.

A mi madre que por cuidar a mi hijo largas horas para que yo pudiera cursar y rendir los exámenes, no me alcanzan las palabras de agradecimiento.

A mis amigos que entendieron mis ausencias en reuniones y demás eventos para poder alcanzar mis objetivos.

A mis compañeros que fui conociendo a lo largo de este camino y con los que no solamente compartimos aulas, sino que además fuimos construyendo un vínculo perdurable y una bella amistad.

Agradezco a todos los profesores con los que eh recorrido este camino. Y sobre todo a mi tutora que además de haber sido una excelente docente, me ha brindado su tiempo, conocimiento y predisposición para que esto sea posible.

Marco regulatorio del contrato de seguros, análisis de las exclusiones de cobertura.

Resumen.

A lo largo del desarrollo del presente trabajo trataré de brindar una respuesta fundada y concreta de las diferencias existentes entre las exclusiones de cobertura y las cláusulas de caducidad, determinado la naturaleza de las mismas y facilitando una herramienta para el análisis y primer acercamiento en un tema central del derecho del seguro de responsabilidad civil.

Cabe destacar que oriento estas líneas en este sentido porque considero la institución en estudio como una de las herramientas positivas y fundamentales para el desarrollo económico-social de cualquier país, y, fundamentalmente, para países como el nuestro, donde aún resta mucho por realizar en el proceso de industrialización de las actividades productivas.

En esta línea de ideas, entiendo que es necesaria la difusión en toda la comunidad de dicha institución a efectos de que la sociedad en general tome conciencia de la importancia y beneficio de esta herramienta en el crecimiento del país.

Objetivo general

El objetivo general del presente trabajo es determinar cuál es la naturaleza de las exclusiones de cobertura o de no seguro y luego diferenciarlas de otros supuestos que no lo son.

Objetivos específicos

El objetivo específico del mismo es, dentro de la institución de seguro automotor, definir con claridad que son las exclusiones de cobertura asegurativa, diferenciarlas de las cláusulas de caducidad, analizar cómo opera el art. 56 LS con relación a las mismas, si pueden ser consideradas abusivas y a su vez avaluar si resulta ajustado a derecho que la compañía de seguro responda en la medida del seguro.

Palabras claves: ***Contrato de seguro; regulación especial; prima; riesgo; interés asegurable; garantía; exclusión de cobertura; cláusulas limitativas; cláusulas abusivas.***

Introducción

Al iniciar la búsqueda y lectura de diferentes artículos, libros, etc., que me orienten y acompañen en el abordaje de la problemática planteada, pude visualizar que existe una gran necesidad de ampliar e impulsar la comprensión y las nociones que todo individuo posee sobre el seguro, como una herramienta más en el desarrollo económico y social del país.

En esta idea, (Carreira, 2015), menciona *"Nadie puede dudar de que el seguro es un promotor del progreso, de que con su estructura se ha convertido en un estímulo para todo tipo de iniciativas, procesos productivos e inversiones y que su función como equilibrador social resulta irremplazable."*

"Así como en épocas recientes, felizmente, otras cuestiones primarias fueron instauradas metódicamente para que nuestra sociedad tomara conocimiento de sus alcances e implicancias, así también debería haberse procedido con nuestro ámbito, el del seguro. Esto es básicamente lo que tiene que ver con la ecología, la seguridad vial y la educación sexual, materias esenciales, hoy instaladas definitivamente, y cuyos primeros resultados concretos (siempre perfectibles), han contribuido para el desarrollo social y la comprensión general respecto de estas cuestiones."

En la misma inteligencia se ha expresado *"El seguro es una actividad muy importante para la economía de las naciones. Las garantías ofrecidas por el seguro permiten a las fuerzas productivas de un país desarrollar sus actividades sin la preocupación de que en cualquier momento un acontecimiento fortuito y aleatorio arruine una actividad de largos años. La economía de un país, con las garantías por el seguro, puede volverse exclusivamente hacia sus actividades desarrollando y perfeccionando sus métodos de trabajo, de manera que la producción sea cada vez mayor."*

Debo admitir que comenzar desarrollando el tema central de este trabajo sin miramiento a la institución y noción básica del derecho del seguro y su interrelación con las otras fuentes, no respeta la más mínima lógica o pauta conceptual, es por ello que no puedo considerar el desarrollo de un tema recortado de su historia, su noción básica, su finalidad y su interrelación con otras fuentes.

Sin duda, el derecho regula la vida de las personas. Sea por una necesidad social, grupal o individual específica, intenta dar una respuesta a las interacciones del Estado, la comunidad y el individuo.

Por ello, en primer término, decidí abocarme, aunque mínimamente, a nociones tan fundamentales como elementales en el estudio de la temática planteada que le da sustento y una noción general que permite complementar y comprender articuladamente la idea principal de este trabajo.

Antecedentes generales

I. El contrato de Seguro. Su nacimiento en el derecho argentino.

Para poder abordar las respuestas a los diferentes interrogantes planteados, deberé enfocar en primer lugar el desarrollo del instituto del seguro, su surgimiento, su regulación como contrato, funcionamiento y las causales de exclusión de cobertura asegurativa.

En sus orígenes en el derecho argentino, el instituto fue regulado en el código de comercio de la República Argentina, en el año 1859, dentro de la sección de contratos comerciales. Esta situación se mantuvo por más de un siglo, incluso más allá de la creación y puesta en funcionamiento de la Superintendencia de Seguros de la Nación en el año 1938, hasta que, el entonces presidente Arturo Frondizi, crea la Comisión Asesora a la que le encomienda un proyecto definitivo que culmina en 1968 con el dictado de la ley 17.418 vigente en la actualidad, configurando la universalidad de seguros, un microsistema normativo y autosuficiente.

Este microsistema autónomo y específico al que nos referimos fue reconocido incluso en actualidad por la comisión redactora de nuevo Código Civil y Comercial de la República Argentina dictado en el año 2015 y que específicamente menciona *"el vínculo del código con otros microsistemas normativos autosuficientes es respetuoso. Es decir, se ha tratado de no modificar otras leyes, excepto que ello fuera absolutamente necesario. Es inevitable una reforma parcial de la ley de defensa de consumidores, a fin de ajustar sus términos a lo que la doctrina ha señalado como defectuoso o insuficiente. También ha sido inevitable una reforma parcial a la ley de sociedades, para incorporar la sociedad unipersonal y otros aspectos también sugeridos por la doctrina. En otros casos se incorporan las leyes*

con escasas modificaciones, como ocurre, por ejemplo, con las fundaciones y el leasing. Finalmente, en otros, no hay ninguna modificación, como sucede con la ley de seguros o de concursos y quiebras".

Reconocer y entender el carácter de la regulación especial y autosuficiente del derecho de seguros es el primer ejercicio mental que debemos realizar si queremos profundizar en la temática.

Y también comprender que el hecho de hallarnos ante un sistema regulado, no supone considerarlo autónomo en el sentido de escindirlo del resto de la realidad jurídica o sin posibilidad de influencia del código de fondo en la materia, más bien todo lo contrario, como veremos seguidamente. Sin embargo, deberemos entender que atento las particulares características que el tema posee, el legislador ha querido respetar la solución determinada, pensada y elaborada para esta realidad específica por sobre la respuesta genérica que el Código Civil y Comercial de la Nación, en adelante CCCN, e incluso leyes de tipo general pueden volcar en determinadas ocasiones. derivando muchas veces en una situación injusta.

Esta noción de microsistema implica asimismo entender que, salvo excepciones que se encuentran establecidas en la propia normativa, se reconoce su preminencia frente a otras fuentes del derecho.

Atendiendo a esta situación, es que el propio CCCN ha determinado cómo proceder ante un conflicto determinado de fuentes. Habrá que recurrir a la prelación determinada por el propio código civil y comercial a saber:

Art. 963 CCCN. Prelación normativa. Cuando concurren disposiciones de este Código y de alguna ley especial, las normas se aplican con el siguiente orden de prelación:

a) Normas indisponibles de la ley especial y de este Código;
b) Normas particulares del contrato;
c) Normas supletorias de la ley especial;
d) Normas supletorias de este Código.

De ello, podemos concluir que las materias legisladas en las leyes específicas, como la de seguros, deben ser respetadas en las soluciones allí aportadas y prevalecer sobre otras receptadas en leyes generales y/o incluso el propio código, según el caso.

Así, conforme lo regulado por el CCCN, las circunstancias no previstas o no legisladas por la ley especial deberán regirse en primer lugar por el CCCN y finalmente, y para el caso en que no se hubiere previsto la solución en el código, por las leyes supletorias de la ley especial y del CCCN.

Esta interpretación fue ratificada asimismo en un reciente fallo de la CSJN con el dictado del famoso precedente BUFFONI, la Corte Suprema de Justicia de la Nación tuvo oportunidad de pronunciarse sobre la validez, vigencia y legitimidad del marco regulatorio específico del derecho de seguro.

En el caso, tanto el juez de primera instancia como la cámara habían condenado a la compañía aseguradora sosteniendo que la cláusula de exclusión de cobertura opuesta por la aseguradora resultaba abusiva en relación con la Ley de Defensa del Consumidor y que debía tenderse siempre a la reparación del daño a la víctima, de manera que aquél no podía oponer las cláusulas de póliza en perjuicio del tercero reclamante.

La CSJN, concluyó. *"Que no obsta a lo dicho la modificación introducida por la ley 26.361 a la Ley de Defensa del Consumidor, pues esta Corte ha considerado que una ley general posterior no deroga ni modifica, implícita o tácitamente, la ley especial anterior, tal como ocurre en el caso de la singularidad del régimen de los contratos de seguro triunfoM.1319.XLIV "Martínez de Costa, María Esther c/ Vallejos, Hugo Manuel y otros si daños y perjuicios", fallada el 9 de diciembre de 2009" (Buffoni vs Castro 2014).*

En definitiva, lo hasta aquí expuesto nos permite afirmar que todas las materias legisladas en leyes específicas deben ser resueltas en los términos de esta última legislación y únicamente lo que no esté legislado en ellas debe regirse en primer lugar por el CCCN y sólo en último término por otras normas supletorias de otra ley especial. De esta manera, el contrato de seguros será regido en primer lugar por la ley 17.418 y, únicamente, en caso de que la problemática no esté legislada en la ley deberá regirse por el CCCN, las particulares del contrato de seguro, y finalmente por normas supletorias de la ley especial y del CCCN.

II. Marco regulatorio. Límites a la autonomía de la voluntad. Elementos del contrato de seguro.

El Dr. (Kiper, 2018) expresa que *"el contrato de seguro tiene por finalidad la transferencia del asegurado al asegurador de las consecuencias económicas de la realización de un riesgo, a cambio de una contraprestación en dinero llamada prima".*

"de esta manera, ante la incertidumbre, el asegurable, cuenta siempre con la herramienta de transferencia, a través del mecanismo asegurador, al cual formular la respectiva oferta, con la intención de formalizar un contrato (póliza) a cuyo efecto abonará una prima a cambio de la asunción por parte del asegurador de las consecuencias dañosas, si el evento amparado se hubiera transformado en un hecho concreto"

De esta manera, el contrato de seguro, nace de la necesidad de proteger económicamente al asegurado, tomador, o beneficiario de un determinado riesgo económico y no como fue concebido alguna vez, erróneamente, protectorio de la víctima que puede o no ser el asegurado.

Sin lugar a duda, cuando consideramos y caracterizamos al seguro, hablamos de un contrato. Ahora bien, este contrato reconoce algunos límites al principio de autonomía de la voluntad.

En este negocio jurídico, la igualdad y libertad económica entre las partes se encuentran desequilibradas. Es así que también debemos considerar la regulación que el código efectúa sobre los contratos de adhesión[7] de los que participa el contrato de seguro, y en ciertos supuestos, de acuerdo con su finalidad, al régimen de los contratos de consumo.

En este sentido, como veremos más adelante, en los contratos de seguro, el asegurado puede decidir libremente con quien desea contratar un seguro determinado, más se encuentra prácticamente vedada la posibilidad de negociar o disponer el contenido del contrato, salvo puntuales casos. Por este motivo, se ha dicho que la libertad contractual del adherente se limita a la autodecisión, es decir, la facultad de contratar o no contratar.

Lo que se predispone, es decir lo que se dispone anticipadamente, es el contenido del contrato constituido por cláusulas predispuestas o condiciones generales.

La utilización de las cláusulas predispuestas anticipadamente en el contrato de seguros implica una ventaja esencial y es que hace posible el cálculo anticipado del costo de producción de los bienes y servicios que ofrece la empresa y que, en materia de seguros, resulta de fundamental importancia para calibrar la dimensión exacta entre riesgo asumido y la magnitud de la prima a cobrar.

Ahora bien, esta evidente transformación de los principios en materia de contratos que las condiciones generales trajeron, hizo que el Estado deba realizar una suerte de tutela o control para evitar el abuso de la posición o predominio de quien las predispone, en perjuicio de la parte adherente, conciliando, de este modo, ambas necesidades: la determinada por la imposibilidad de celebrar en el mercado contratos de seguro que no sean de esta modalidad, de cláusulas predispuestas y por el otro la de los consumidores, de no verse perjudicados por este tipo de cláusulas.

Hablamos de clausulado que es establecido mediante Resolución General de la Superintendencia de Seguros de la Nación, como "Condiciones Uniformes de Contratación" para todos los aseguradores autorizados como más adelante se analizará.

Esta forma de contratación halla explicación, entre otras cosas, en la naturaleza misma de la actividad que ejerce el predisponente, en cuanto requiere la uniformidad de vínculos con cada integrante de la gran masa de consumidores y usuarios y es por ello que sería materialmente imposible introducir modificaciones entre contrato y contrato.

Sobre este respecto, la Dra. (Compiani, 2015) enseña que en materia contractual *"el CCCN distingue diversos tipos de contratos y los regula de forma diferente. Por una parte, desarrolla los contratos discrecionales, celebrados entre iguales, en los que el contenido contractual es fruto de la negociación de las partes, con el único límite impuesto por el orden público, la moral y las buenas costumbres. En cambio, en los contratos celebrados de adhesión, que tienen lugar cuando existe un consentimiento brindado por una de las partes a cláusulas generales redactadas previamente por la otra parte, se prevén normas de tutela especial. Finalmente, en los contratos de consumo se aplica un fuerte régimen protectorio, sea o no celebrado por adhesión, ya que este último no es un elemento tipificante del contrato de consumo, el que se define por su finalidad de agotar su vida económica con destino de uso propio, familiar o social".*

A su turno, cabe destacar que otra de las características que reviste el contrato de seguros es ser un contrato de tipo consensual y no formal en su celebración. Basta de este modo el consentimiento de las partes para que el contrato de seguro quede perfeccionado. Siendo ello así, la póliza no es el contrato de seguro, sino solamente el instrumento probatorio por excelencia, aunque no el único.

Características básicas presentes en todo seguro.

- Estamos en presencia de un contrato, tal como hemos visto, que tiene como límites a las normas de orden público inderogables, la moral y las buenas costumbres.
- Es un contrato bilateral, con obligaciones recíprocas para las partes.[1]
- Es oneroso, constituyendo la prima la característica distintiva de la onerosidad.[2]
- Es también un contrato resarcitorio, ya que el asegurado sólo puede percibir una suma equivalente al daño soportado, encontrándose expresamente vedada la posibilidad de enriquecerse con la indemnización.[3]
- Otra de las características fundamentales de este contrato refiere a la aleatoriedad. En su contenido existe un alea representado, precisamente, por la producción incierta de un siniestro.
- Es un contrato de ejecución continuada que comienza a ejecutarse desde el inicio de vigencia y hasta su finalización, en forma ininterrumpida y personalísimo, pues la persona del asegurado es de esencial importancia para el contrato tal y como se verá seguidamente al describir el interés asegurable.
- Asimismo, el contrato de seguro es un contrato de buena fe, debiendo celebrarse, interpretarse y ejecutarse conforme tal principio.

[1] *Art. 966 CCCN. ""[…]Son bilaterales cuando las partes se obligan recíprocamente la una hacia la otra. Las normas de los contratos bilaterales se aplican supletoriamente a los contratos plurilaterales".*

[2] *Art. 967 CCCN. "Contratos a título oneroso y a título gratuito. Los contratos son a título oneroso cuando las ventajas que procuran a una de las partes les son concedidas por una prestación que ella ha hecho o se obliga a hacer a la otra. […]."*

[3] Art. 62 Ley 17418. "[…] El contrato es nulo si se celebró con la intención de enriquecerse indebidamente con el excedente asegurado. […]."

- Finalmente, como hemos visto, el contrato de seguro es un contrato por adhesión, predispuesto.

  La ley que regula la materia específicamente es la Nº 17.418, y caracteriza al contrato de seguro mediante cuatro artículos fundamentales:

  Definición. Artículo 1. *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.*

  Objeto. Art. 2. *El contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la ley.*

  Inexistencia de riesgo. Art. 3. *El contrato de seguro es nulo si al tiempo de su celebración el siniestro se hubiera producido o desaparecido la posibilidad de que se produjera. Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato es nulo sólo si al tiempo de su conclusión el asegurador conocía la imposibilidad de que ocurriese el siniestro o el tomador conocía que se había producido.*

  Naturaleza Art. 4. *El contrato de seguro es consensual; los derechos y obligaciones recíprocos del asegurador y asegurado, empiezan desde que se ha celebrado la convención, aun antes de emitirse la póliza.*

  Finalmente, resta señalar que la ley 17.418 también prevé en su artículo 158[4] tres especies de normas que refieren a la posibilidad o imposibilidad de efectuar modificaciones a las cláusulas contractuales de un contrato de seguro, constituyendo nuevos límites a la libertad negocial conforme se ha venido señalando. Así, el mencionado artículo describe, cláusulas modificables por decisión de las partes, cláusulas parcialmente modificables, en favor del asegurado o beneficiario y aquellas inmodificables por resultar de orden público.

---

[4] *Art. 158 LS "Además de las normas que por su letra o naturaleza son total o parcialmente inmodificables, no se podrán variar por acuerdo de partes los artículos 5, 8, 9, 34 y 38 y sólo se podrán modificar en favor del asegurado los artículos 6, 7, 12, 15, 18 (segundo párrafo), 19, 29, 36, 37, 46, 49, 51, 52, 82, 108, 110, 114, 116, 130, 132, 135 y 140*."

II.I. El rol de la Superintendencia de Seguros de la Nación en los contratos de seguro. Condiciones uniformes de contratación para ramo automotores.

La actividad aseguradora es una actividad reglada. El Estado se ha reservado el poder de policía en la materia y el control estatal de esta actividad y la ejerce por medio de la Superintendencia de Seguros de la Nación, en adelante SSN, creada mediante la ley 20.091 en el año 1973, que implica un nuevo límite y control a la actividad.[5]

De esta manera, la existencia de la SSN, se traduce en la idea del seguro como herramienta de desarrollo económico y productivo del país. Por tal motivo el Estado ha considerado necesario y determinante la regulación y control del mercado asegurador por medio de una entidad autárquica bajo la jurisdicción del Ministerio de Economía de la Nación que tiene como principal objetivo el control de las aseguradoras del país para resguardar la confianza que el sistema asegurador debe inspirar en la comunidad.

En este sentido, el poder legislativo ha otorgado amplias facultades a la Superintendencia relativas a reglar las aseguradoras que operan en el mercado argentino en materia de capitales, reservas técnicas, distribución de inversiones, libros y registros, etc.

Así en el marco de sus atribuciones de tipo reglamentarias, la SSN, dicta las denominadas "Condiciones Generales" que son cláusulas predispuestas y obligatorias, con alcance general y para ser utilizadas en futuros contratos de seguros particulares. El texto de póliza no es una cuestión librada a la voluntad de los contrayentes.

De ello se infiere que, un asegurador, no puede emitir una Póliza distinta de la autorizada por la SSN, con carácter general y uniforme para el ramo, ya que aquella debe fiscalizar la legitimidad, la equidad, la claridad y la legibilidad de las cláusulas predispuestas por los aseguradores (art. 23 y 24, ley 20.091 y art. 11 de la ley 17.418).

Ahora bien, para poder hablar de exclusiones de cobertura y cláusulas abusivas, debemos saber que las cláusulas insertas en un contrato de seguro se encuentran reflejadas en las aludidas condiciones uniformes o generales que para el ramo automotores aprueba la SSN.

[5] *El art. 67 inc. B de la ley 20.091 ha delegado el poder de policía y la facultad de reglamentar la actividad por medio de resoluciones.*

De esta manera no cabe duda de que el contrato de seguro es un contrato de adhesión. Así, excepto puntuales supuestos como los aludidos relativos a grandes empresas y/o el Estado, el asegurado, al contratar un seguro, adhiere a las cláusulas presentadas por la aseguradora que previamente han sido predispuestas y dictadas por resolución administrativa por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Se cumple así con el previo control administrativo en salvaguarda de los intereses de la parte adherente y la autorización del órgano de control administrativo de estas condiciones generales, lo cual establece una suerte de presunción de legitimidad de estas cláusulas ya que, reitero, las mismas han sido establecidas o autorizadas por aquellas en ejercicio de sus facultades que apuntan a la salvaguarda de la fe pública, evitando así que se produzcan situaciones que afecten al consumidor o usuario.

¿Decimos que, por encontrarse dispuestas administrativamente por la SSN, las cláusulas del contrato de seguros no podrán ser declaradas abusivas? De ninguna manera. Y la respuesta la brinda el art. 1122 que regula la posibilidad de revisión judicial de las cláusulas de un contrato aun mediando autorización administrativa de sus cláusulas:

"Art. 1122 CCCN. Control judicial. El control judicial de las cláusulas abusivas se rige, sin perjuicio de lo dispuesto en la ley especial, por las siguientes reglas: a) la aprobación administrativa de los contratos o de sus cláusulas no obsta al control; b) las cláusulas abusivas se tienen por no convenidas; c) si el juez declara la nulidad parcial del contrato, simultáneamente lo debe integrar, si no puede subsistir sin comprometer su finalidad; d) Cuando se aprueba una situación jurídica abusiva derivada de contratos conexos, el juez debe aplicar lo dispuesto en el artículo 1075".

El CCCN también ha regulado la posibilidad de la declaración de abusividad y consecuente nulidad para el caso de las cláusulas así consideradas en el ámbito específico de los contratos de adhesión y que, en mayor o menor medida, ratifican lo referido con anterioridad y que luego se analizará con más detenimiento.

De todo lo expuesto, se puede decir que la actividad aseguradora es una actividad fuertemente regulada por el Estado. Entiendo que esta regulación deriva de la de la necesidad de promover una herramienta para el desarrollo del país, en virtud de la universalidad de supuestos que contempla en su actividad, alcanzando a gran porción de la población que de esta manera es tutelada por el Estado.

Elementos del contrato de seguro.

Habiendo enmarcado la relación asegurativa en el marco de los contratos de adhesión, corresponderá entonces analizar los diferentes aspectos típicos presentes únicamente en esta particular especie. Para ello surgen los siguientes interrogantes ¿Cómo se forma el contrato de seguro? ¿De qué se trata?

III. El interés asegurable.

Para que haya contrato de seguro, debe existir interés asegurable. Este se refiere a la noción del interés económico lícito de que un siniestro no ocurra.

Si bien se ha dicho que el interés asegurable, en rigor, es el verdadero objeto del contrato de seguro, se constituye como el de mayor complejidad comprensiva, pues suele confundirse con la propiedad sobre un bien.

No obstante, si bien el interés asegurable refiere efectivamente a la relación que vincula una persona con un bien y por lo cual aquella persona pretende que, de ocurrir un evento previsto en el contrato, el asegurador indemnice la pérdida producida, no necesariamente implica el derecho de propiedad sobre un determinado bien o patrimonio que interesa tutelar.

Ya que, por ejemplo, posee interés asegurable el locatario de un inmueble, el usuario de una cosa prestada, etc. La jurisprudencia ha clarificado este punto: *"Desde el punto de vista del seguro, la temática de la propiedad estricta del automotor es un hecho secundario, ya que es válido el seguro de cosa ajena y aun el de por cuenta de quien corresponda. Frente a ello, se destaca la noción de interés asegurable y es ésta y no la noción de cosa asegurada la que nuestra Ley de Seguros recoge en su perspectiva, artículos 1, 2, 60, 81, 82, 83, ley 17.418" (Distribuidora Norte SRL Vs Copan, 1990)*

Así mismo, cabe distinguir que este interés asegurable debe estar presente al momento de celebrar el contrato, bajo pena de nulidad por ausencia de objeto.

Para ello no alcanza con la existencia de algún interés asegurable o de cualquier persona, sino que éste debe estar en cabeza de quien se constituya como asegurado y debe ser real, concreto y personalísimo, es decir, la esencia de la persona que detenta la calidad de asegurado, deviene fundamental para la relación asegurativa.

De esta manera, se comprende que la Ley de Seguros prevé que, en el caso de que, durante el transcurso del contrato de seguro, exista una modificación en la titularidad del interés asegurable, deba ser notificado al asegurador bajo pena de rescisión del contrato. Ello podría suceder, por ejemplo, en el caso de la venta de un automóvil, aun cuando no fuere debidamente inscripta por el adquirente. (Art. 82 LS).

III.I. Riesgo. Caracteres, su determinación.

Otra singular nota distintiva del contrato de seguro la encontramos en el riesgo, el cual se define como la posibilidad de que suceda un hecho dañoso, siendo el siniestro el acaecimiento de ese hecho.

El Doctor (Stiglitz, 1996) explica que el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño, un siniestro previsto en el contrato.

Nicolás Barbato (Barbato N. H., 1988) por su parte, señala que la relación aseguradora se trata básicamente de la cobertura de un riesgo por parte del asegurador, a cambio de una prima que paga el asegurado. Ese riesgo, está constituido por un hecho posible pero incierto, incertidumbre que en la mayoría de los seguros es absoluta, en tanto en los seguros de vida lo es únicamente respecto del momento en que ocurrirá el fallecimiento.

De esta manera, a fin de establecer cuando la entidad aseguradora debe reparar el daño o cumplir con la prestación convenida, deviene central describir con precisión el riesgo cubierto en el contrato de seguro.

Así, en primer lugar, cabe señalar que el riesgo asegurado debe ser actual y existente; lo que debe ser futuro e incierto es la verificación de ese riesgo, es decir, la transformación del riesgo en siniestro.

Debe también ser extraño a la voluntad de las partes; precisamente en virtud de ello es que se prevé la caducidad de los derechos cuando el asegurado provoca el siniestro dolosamente o por culpa grave, como veremos más adelante, o agrave el riesgo (art. 39 LS). Por último, debe ser real, debiendo recaer sobre cualquier interés jurídicamente asegurable.

Para determinar el riesgo el asegurador deberá ponderar diferentes factores para conocer adecuadamente y con precisión la garantía cubierta.

Este ejercicio de individualización y delimitación del riesgo constituye su determinación; actividad esencial, pues, a partir de la misma es factible identificar cuándo operará la garantía ofrecida por la compañía de seguros y cuál es el evento al que se halla subordinada su obligación.

Por lo tanto, el riesgo debe ser descripto con la mayor exactitud posible utilizando para ello en primer lugar, las herramientas que brinda una enunciación positiva y genérica del mismo y de manera negativa en una instancia posterior.

Es decir, efectuada la enunciación general y positiva del riesgo cubierto, se procede a delimitar el mismo de manera negativa, estableciendo exclusiones que van recortando la enunciación general primeramente efectuada.

Tal como se ha mencionado, esta delimitación o determinación en forma negativa se conforma señalando exclusiones a la cobertura de los supuestos que quedan fuera del amparo genérico que por diversos motivos hacen que no sean técnicamente asegurables.

De esta manera, estas exclusiones delimitativas pueden ser de naturaleza legal (vg. arts. 70 71, 76, 86, 100, 114, 122, 127 y 152 LS) o de naturaleza convencional expresadas a través de las llamadas cláusulas de exclusión de la cobertura o de no seguro o no garantía que son colocadas fuera de la cobertura brindada por el asegurador y que serán detalladas seguidamente.

Resulta pues evidente que es de fundamental importancia que el estado de riesgo se encuentre correctamente delimitado, en razón de que en ello va en suerte que el asegurador preste su consentimiento en el perfeccionamiento de la relación contractual, sobre la base de los factores ponderados de probabilidad e intensidad del acaecimiento del siniestro que está cuantificado en base a leyes y criterios con fundamento científico matemático, estadístico y económico, a los fines de tornar lo incierto, en algo racional, manejable y que le permitirán cubrir los supuestos que no resulten excesivamente intensos, demasiado generales o extremadamente probables.

III.II. La prima.

Es la contraprestación debida al asegurador. La prima constituye el precio del riesgo que ha sido, pese a su aleatoriedad e incertidumbre, cuantificado, de acuerdo con las leyes y criterios

matemáticos, estadísticos y económicos como hemos mencionado a fin de tornar esa circunstancia incierta en algo racional, ponderable económicamente.

En este sentido, en los hechos, la teoría de la causa adecuada o normal que adopta nuestro sistema de responsabilidad jurídica se funda sobre la previsibilidad según la común experiencia. Un hecho reconocido como idóneo en el pasado para determinar el efecto, sin concurso de otra causa, y por consiguiente dotado de eficiencia si se repite muchísimas veces, siempre con la misma consecuencia, será adecuado presumiblemente para producir en circunstancias análogas también aquel efecto. No podemos decir que ésta sea una ley: basta constatar mediante la observación el fenómeno, para argumentar que con cierta probabilidad eso se repetirá nuevamente.

De esta manera, el asegurador con el objeto de calcular un precio suficiente al riesgo asumido analiza estadísticamente la probabilidad del acaecimiento de este, observando para ello los riesgos cubiertos en el pasado, relacionando la frecuencia de y la intensidad siniestral frente a un conjunto de riesgos factibles.

La prima y el riesgo se hallan así íntimamente vinculadas ya que para determinar el precio el asegurador observa y analiza los riesgos que ha cubierto en el pasado y que efectivamente se va a obligar a cubrir en el futuro, de producirse el siniestro, dejando de lado la observación, cuantificación y análisis de los riesgos que no va a cubrir porque no cobrará prima sobre ellos.

Por tales motivos se comprende que la relación entre ambos debe estar perfectamente balanceada para calibrar la dimensión exacta entre riesgo asumido y, la magnitud de la prima a cobrar. De otro modo, podría darse el caso que la aseguradora de cobertura a un riesgo del cual no percibió prima alguna para garantizarlo, o contrariamente, perciba una prima superior al riesgo efectivamente garantizado.

Esta noción de relación directa entre prima y riesgo se convierte en una característica fundamental como se verá a la hora de considerar la posibilidad de una cláusula abusiva en el contrato de seguro.

En otro orden de ideas, debemos considerar también que mucho se ha mencionado acerca de la posibilidad de que la prima o premio, puedan ser canceladas a la aseguradora en cuotas. Ello no obsta sin embargo a la integralidad de la prima.

Si bien la prima en su totalidad es debida íntegramente desde el inicio de la vigencia del contrato de seguro (atento que el asegurador asume la integralidad del riesgo desde el comienzo de este), es práctica comercial que las aseguradoras otorguen un crédito, mediante el sistema de cuotas usualmente mensuales para su pago; facultad que se encuentra expresamente prevista en el art. 30 LS.

Sin embargo, el hecho de realizar pagos parciales no implica que la prima que se pague corresponda a cada periodo de vigencia, sino que seguirá siendo una misma prima calculada para todo el periodo contractual pero fraccionada por el otorgamiento de cuotas; de allí que, la ausencia de pago de una cuota hace caer todo el derecho indemnizatorio, suspendiendo la garantía asumida. Se volverá sobre el presente más adelante.

Exclusiones y limitaciones de cobertura en el contrato de seguro.

IV. Las exclusiones de póliza y las cláusulas limitativas de responsabilidad. Diferencias con las cláusulas de caducidad.

Conforme a lo expuesto, dentro de las cláusulas predispuestas en un contrato de seguro, nos encontraremos entre otras, con las denominadas exclusiones de cobertura.
Producido un evento, y ante el reclamo del damnificado, la obligación de la aseguradora exige como presupuesto la existencia de un contrato de seguro que cubra un hecho dañoso de la índole del que es invocado como fundante del reclamo del tercero y la responsabilidad civil que es atribuida a ese asegurado en virtud de un evento abarcado por la cobertura.
La experiencia operativa del mercado asegurador fue detectando supuestos objetivos frente a los cuales, el asegurador se encontraría impotente frente al absoluto desprecio a la prevención por parte del asegurado donde el deber de responder se torna una verdadera inequidad.
Este carácter objetivo, derivado de la técnica asegurativa ha sido ratificado en la jurisprudencia a lo largo del tiempo tal como se puede observar en el caso *"Las exclusiones de cobertura que limitan el espacio físico dentro del cual rige la cobertura son exclusiones espaciales y, verificados, no se encuentran amparados por la cobertura del seguro. Se trata, claramente, de una exclusión objetiva pues limita las personas comprendidas en la*

cobertura. Se trata, además, de una limitación personal, por superar el número de ocupantes. La exclusión por exceder el número permitido de ocupantes es razonable y coincide con la ley de tránsito; responde a necesidades técnicas de la cobertura (probabilidad e intensidad siniestral); tiene en cuenta circunstancias de espacio (habitáculo), de peso, maniobrabilidad y personas involucradas (número). El error esencial de la sentencia que la convierte en arbitraria es considerar la exclusión como subjetiva y afirmar que se basa en una conducta reprochable de un tercero que debe ser encuadrada en el art. 512 del C.C. El análisis no es correcto […] La Cámara se aparta del texto de la póliza, que debe ser interpretada literalmente. La actora no era sujeto pasivo de la cobertura pues la exclusión no es subjetiva, sino claramente objetiva y viajaban siete personas en un habitáculo que tiene capacidad máxima para cinco" (Triunfo Coop. Seg. Ltda. Vs Oliva, 2007).

El Dr. (Perucchi, 2015) enseña que uno de los mayores aportes en la materia fue realizado por la Ley nacional de Tránsito que estableció y esclareció perfectamente que conductas estaban permitidas y cuáles prohibidas en la conducción.

Las exclusiones en análisis refieren a las situaciones o hechos que, por diferentes motivos, quedan fuera de la cobertura establecida en el contrato de seguros. La ausencia de garantía con relación a las exclusiones de cobertura importa una situación de no seguro, tanto respecto al asegurado, como frente a terceros.

Refiere a no seguro pues, precisamente, ha quedado fuera de la garantía asumida por el asegurador por determinada circunstancia. Pueden tener su origen en el ordenamiento legal o convencional, que es el que aquí nos interesa analizar, y en tal caso se denominan cláusulas de exclusión de cobertura o no seguro o no garantía.

Pensar en exclusiones de la cobertura refiere a la idea de la delimitación del riesgo mediante la exclusión o restricción de los deberes del asegurador por la no asunción de uno o más riesgos. Con ellas se remarca el ámbito dentro del cual operará el seguro y en el cual no operará.

Estas exclusiones pueden referir a un espacio temporal, como las que limitan la cobertura a un lapso determinado, o espacial que determinan la virtualidad de la cobertura a un determinado espacio geográfico; relativas a objetos que refieren a los bienes o cosas fuera de la cobertura; cuantitativas, es decir, que delimitan el quantum de la prestación a cargo del

asegurador; personales o subjetivas, que refieren a determinada calidad de sujeto ej. cónyuge/conviviente fuera de la cobertura asegurativa o cuando el rodado es conducido por persona no habilitada, y finalmente las causales que implican analizar la causa del siniestro o su agravamiento .

En definitiva, cuando hablamos de exclusiones de cobertura tenemos que entender que lo que se está efectuando es una delimitación del objeto del contrato. Esta delimitación puede conformarse de manera positiva: mediante la descripción de qué se va a cubrir, o negativa: se procede a mencionar qué situaciones quedan fuera de la cobertura.

Para el autor (Stiglitz, 1996) la exclusión de cobertura importa un supuesto de limitación de riesgo, no integra las previsiones contenidas en el contrato, por lo que el asegurador no se halla obligado a garantizar la indemnidad ni el asegurado dispone de un derecho de exigir resarcimiento de un daño o una prestación convenida, pues el evento no ha sido cubierto por el asegurador, es decir, no ha sido tomado a su cargo, ni percibió prima por garantizarlo.

Por su parte, la Dra. (Compiani M. F., 2017), explica que *"en el plano conceptual, la delimitación del riesgo asegurado se distingue claramente de las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados: a) la delimitación del riesgo precede al nacimiento de los derechos y obligaciones de las partes. Comprende la individualización y determinación de la base del riesgo asegurado y la fijación de los límites económicos, como franquicias, descubiertos, sumas aseguradas. Hacen al objeto del contrato. b) en cambio las cláusulas limitativas, tanto las exonerativas (que eliminan totalmente la responsabilidad), como las limitativas propiamente dichas (sólo lo hacen parcialmente), evidencian el propósito de liberar o atenuar la responsabilidad del asegurador y, consecuentemente, del derecho a obtener la indemnidad por el asegurado o el pleno resarcimiento del daño, por el tercero. Se aplica en la etapa de los efectos del contrato. Esta distinción no es menor. Las cláusulas limitativas de responsabilidad pueden ser declaradas abusivas, en tanto importen un desequilibrio significativo en perjuicio del asegurado consumidor. En cambio, no correspondería tal declaración por exclusiones de cobertura, que integran el objeto del contrato y, por ende, fueron originadas en la materia negocial entre las partes que contratan".*

Refieren a supuestos nacidos y pautados con anterioridad a la producción de un evento, pues conforme es sabido, por el art. 118 LS le está impedido a la aseguradora oponer las defensas nacidas después del siniestro.

De esta forma, las defensas que la aseguradora puede oponer al damnificado y al asegurado, son la ausencia de seguro o la insuficiencia de seguro. La ausencia de seguro significa invocar como defensa la inexistencia de contrato de seguro vigente al día del hecho ilícito o siniestro, cuestión que también se relaciona con la delimitación objetiva, temporal, y subjetiva del riesgo. La insuficiencia de seguro o límites a la garantía comprometida[6], en cambio, consiste en denunciar o limitar su responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada, cuando las reparaciones reclamadas por el damnificado superen a la suma asegurada por la aseguradora, desarrollo que efectuaremos más adelante.

Por el momento diremos que, de prosperar la primera de las defensas posibles, la aseguradora quedará liberada de toda responsabilidad, en cambio de admitirse la restante ésta quedará limitada.

Las diferencias halladas en las cláusulas del contrato de seguro, han llevado a la clásica distinción entre las cláusulas de delimitación convencional del riesgo objeto de la cobertura, es decir, las exclusiones de cobertura o no seguro y las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado que incluyen las cláusulas de caducidad y las de suspensión de cobertura por falta de pago que serán analizadas oportunamente.

Tanto unas como otras, conllevan el mismo efecto práctico: el asegurado no percibe la prestación comprometida por el asegurador, sin embargo, sus diferencias son notables y determinan fundamentalmente la actitud que debe desplegar la aseguradora para poder hacer operativa la defensa.

Lo expuesto, se puede sintetizar de la siguiente manera:

Cláusulas de caducidad:	**Cláusulas de exclusión:**

[6] Por ejemplo, tope de suma asegurada, de descubierto o franquicia cuya existencia cuya existencia debe ser acreditada por la aseguradora.

El asegurador que la alega debe probarla	Es el asegurado quien debe acreditar que el siniestro se ubica entre los riesgos tomados por la aseguradora.
Son sancionatorias: Son una sanción por el incumplimiento de una obligación o carga. Refieren a una situación	Son esencialmente descriptivas: refieren a riesgos que no fueron asumidos por el asegurador ab initio.

originariamente cubierta, pero imponen una pena, la ausencia de cobertura, en virtud de determinada conducta.	Refieren a la delimitación convencional del riesgo.
Son oponibles a terceros si son anteriores al siniestro. El asegurado pierde el derecho a la garantía asumida por el asegurador en virtud de la inejecución de una carga de fuente legal o convencional.	Es una situación ajena al contrato, son siempre anteriores al siniestro y oponibles a los terceros.
Autoriza la rescisión del contrato de seguro.	El no seguro o no garantía ninguna relación tiene con la rescisión, se trata simplemente de una situación ajena al contrato.
Están previstas en el ordenamiento legal.	Las exclusiones de cobertura no tienen un tratamiento específico en ordenamiento legal.

Se aplica el art. 56 LS.	La aplicación del art. 56 LS depende de las circunstancias del caso.

Debe agregarse que la interpretación de las cláusulas de exclusión o no seguro es literal porque cualquier interpretación produciría un desequilibrio en el conjunto de operaciones de la Aseguradora. Esta posición fue asumida por la Corte Suprema de Justicia de la Nación cuando consideró nula la interpretación analógica de una exclusión de cobertura efectuada por la compañía de seguros. La aseguradora en virtud de la cláusula de exclusión de cobertura

referida a la esposa, entendió que correspondía asimilar analógicamente esta situación a la concubina y declinó la citación en garantía en tal sentido (B.N. E. c/Omega, 1995).
Lógicamente, el precedente señalado para explicar la interpretación restrictiva y literal de las cláusulas de exclusión de cobertura no tiene hoy vigencia, atento a las nuevas condiciones de póliza aprobadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación que incluyen a la cláusula a la concubina.
Como ya se ha señalado, las cláusulas del contrato de seguro se encuentran desarrolladas en las "Condiciones Uniformes de Contratación y Tarifa para el Seguro de Vehículos Automotores y/o Remolcados" aprobadas por la SSN.
Estas exclusiones transcriptas en las condiciones de póliza surgen de la experiencia operativa de plaza que detecta casos objetivos frente a los cuales los aseguradores se encontraban expuestos por la no prevención por parte del asegurado, donde realmente el deber de responder se transformaba en una absoluta inequidad.

IV.I. Las cláusulas de exclusión en análisis.

Actualmente, rigen las cláusulas aprobadas como CG – RC 2.1 por Resolución Nº 36.100 del año 2011 modificada por Resolución 36.696 en el año 2012.
Algunos autores y jurisprudencia, en menor medida, han pretendido calificar de abusivas algunas de estas cláusulas objetivas.
Veamos en general cuales son:

El Asegurador no indemnizará los siguientes siniestros producidos y/o sufridos por el vehículo y/o su carga:

1) Por hechos de lock-out o tumulto popular, cuando el Asegurado sea partícipe deliberado en ellos.

2) Cuando el vehículo estuviera secuestrado, confiscado, requisado o incautado, por autoridad competente.

3) En el mar territorial o fuera del territorio de la República Argentina.

4) Mientras sea conducido por personas que no estén habilitadas para el manejo de esa categoría de vehículo por autoridad competente.

5) A los animales o cosas transportadas o durante su carga o descarga y los gastos que estas operaciones originan.

6) Por exceso de carga transportada, mal estibaje o acondicionamiento y deficiencia de envase. Cuando el vehículo aseguradono se encuentre habilitado para circular conforme las disposiciones vigentes.

7) Cuando el Conductor del vehículo asegurado cruce vías de ferrocarril encontrándose las barreras bajas y/o cuando las señales sonoras o lumínicas no habiliten su paso.

8) Cuando el vehículo asegurado sea conducido a exceso de velocidad (a los efectos de la presente exclusión de cobertura, se deja establecido que la velocidad del vehículo asegurado en ningún caso podrá superar el CUARENTA POR CIENTO (40%) de los límites máximos establecidos por la normativa legal vigente).

9) En ocasión de transitar el vehículo asegurado a contramano, existiendo señalización inequívoca en el lugar del hecho de la dirección de circulación.

10) Cuando el vehículo asegurado sea conducido por una persona bajo la influencia de cualquier droga desinhibidora, alucinógena o somnífera, o en estado de ebriedad. Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda) o cuando habiéndose

practicado éste, arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente.

A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por mil por hora.

11) Cuando el vehículo asegurado sea conducido por persona con trastornos de coordinación motora que impidan la conducción normal del vehículo y éste no se encuentre dotado de la adaptación necesaria para este tipo de conducción.

12) Por la carga, cuando ésta sea notoriamente muy inflamable, explosiva y/o corrosiva y/o tóxica, ni en la medida en que por acción de esa carga resultaren agravados los siniestros cubiertos.

13) Mientras esté remolcando a otro vehículo, salvo el caso de ayuda ocasional y de emergencia.

14) Mientras tome parte en certámenes o entrenamientos de velocidad.

15) Por o a los equipos industriales, científicos o similares montados o transportados, a raíz de su funcionamiento específico, salvo los daños ocasionados por aquellos al vehículo objeto del seguro.

16) A bienes que por cualquier título se encuentren en tenencia del Asegurado.

17) El Asegurador no indemnizará los daños sufridos por:

17.1) El cónyuge o integrante de la unión convivencial en los términos del Artículo 509 del Código Civil y Comercial de la Nación y los parientes del Asegurado y/o Conductor hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad (en el caso de sociedades los de los directivos).

17.2) Las personas en relación de dependencia laboral con el Asegurado y/o Conductor, en tanto el evento se produzca en oportunidad o con motivo del trabajo.

17.3) Los terceros transportados en exceso de la capacidad indicada en las especificaciones de fábrica o admitida como máximo para el uso normal del rodado, o en lugares no aptos para tal fin.

17.4) Las personas transportadas en ambulancias en calidad de pacientes.

18) Queda expresamente excluida de la cobertura asumida por el Asegurador, la responsabilidad derivada del riesgo de daño ambiental, contaminación o polución ambiental súbita o accidental, imprevista, gradual, continua o progresiva que como consecuencia de un choque, vuelco, desbarrancamiento, incendio y/o cualquier otro evento en el que participara el vehículo transportador, genere la carga transportada.

Se entiende por contaminación o polución ambiental, el daño producido al ecosistema mediante la generación, emisión, dispersión o depósito de sustancias o productos que afecten o perjudiquen las condiciones normales existentes en la atmósfera, en las aguas o en el suelo, o la producción de olores, ruidos, vibraciones, ondas, radiaciones o variaciones de temperaturas que excedan los límites legales o científicamente permitidos. También quedan expresamente excluidos de la cobertura asumida por el Asegurador todos los gastos, costos o pagos que por cualquier concepto se hubieren realizado en las tareas de contención del daño o disminución del impacto ambiental, remediación ambiental, recolección y trasvasamiento de las sustancias derramadas, estudios de aguas, suelos o atmósferas destinados a conocer el impacto ambiental, como así también toda otra tarea que tenga por objeto la recomposición o remediación del daño ambiental causado, disposición final o eliminación de residuos ambientales generados.

Como puede observarse de la enunciación precedente, las exclusiones pueden referir a circunstancias generales por las que se excluye de la cobertura (ej. el caso de “lock out” o tumulto popular en los que el asegurado tome parte o por hecho de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión sedición, etc.), u obedecer a razones de la calidad personal de los damnificados, es decir exoneraciones subjetivas (como por ejemplo el supuesto de cónyuge o conviviente, o bien los daños producidos a las personas que se hallan en relación de dependencia con el asegurado); y por último a supuestos especiales que refieren a casos

que se han ido objetivando en virtud de la experiencia aseguradora y que no deben ser confundidos con las nociones de culpa grave.
Analizaremos seguidamente, alguna de las cláusulas atento que las mismas han generado mayor controversia en doctrina y jurisprudencia:

i. "Cuando el vehículo sea destinado a un uso distinto al indicado en el Frente de la póliza y/o certificado de cobertura sin que media comunicación fehaciente al Asegurador en contrario, o cuando sufrieran daños terceros transportados en el vehículo asegurado en oportunidad de ser trasladados en virtud de un contrato oneroso de transporte, sin haberse consignado tal uso o destino en el Frente de Póliza o Certificado de Cobertura".

El supuesto refiere a aquellas circunstancias en las que el vehículo asegurado es destinado a un uso diferente al explicitado en el contrato, refiere al caso por ejemplo cuando el rodado asegurado como vehículo particular en realidad es utilizado como remis.
Un breve análisis permite distinguir rápidamente que el motivo de esta exclusión reside en que la aseguradora ha cobrado al asegurado una prima para cubrir las contingencias derivadas de la responsabilidad civil por el uso de un vehículo particular, sustancialmente menor al que hubiera cobrado de conocer la realidad.
Es decir, esta exclusión tiene una fuerte razón técnica ya que la base tarifaria que ha cobrado el asegurador por cubrir los riesgos del uso particular del vehículo es sustancialmente menor al que hubiera cobrado de saber la verdad. Lo indicado hace que la cobertura no exista aun cuando en el momento de la ocurrencia del hecho generador de responsabilidad, el auto fuera usado en forma particular por el dueño del remis paseando con su familia, por cuanto la tarifa se calcula por el uso de riesgo superior del vehículo y una inteligencia diferente daría lugar a un sinnúmero de fraudes.
En este sentido, la existencia de un transportista profesional configura un riesgo mayor para el asegurador tanto por la frecuencia del transporte de terceros como por la propensión al reclamo que es mayor para el sujeto que paga por ser transportado con relación al transportado en forma benévola.

ii. "Cuando el Conductor del vehículo asegurado cruce vías de ferrocarril encontrándose las barreras bajas y/o cuando las señales sonoras o lumínicas no habiliten su paso".

En el caso, la responsabilidad que se genere en ese hecho no está cubierta por el asegurador. Idéntico resultado tendrá quien, aun no existiendo barreras, cruce las vías pese a la presencia de señales sonoras o lumínicas que no habiliten el paso.

iii. "Cuando el vehículo asegurado sea conducido a exceso de velocidad (a los efectos de la presente exclusión de cobertura, se deja establecido que la velocidad del vehículo asegurado en ningún caso podrá superar el CUARENTA POR CIENTO (40%) de los
límites máximos establecidos por la normativa legal vigente)."

Cuando el asegurado o conductor autorizado maneje en exceso de velocidad el rodado cuyos riesgos han sido amparados por póliza, las consecuencias de los daños que provoquen no serán a cargo del asegurador. Nótese que se permite que el asegurado o el autorizado pueda conducir a una velocidad superior a la fijada por las normas de tránsito (de 40%) pues lo que se intenta establecer es un límite máximo tolerable a la imprudencia de manera de no transformar a la exclusión en meramente formal, ajeno al servicio de cobertura que el asegurado busca al contratar. A diferencia de otro tipo de supuestos este mínimo exceso de velocidad no causa de por si un riesgo real e indefectible.

iv. En ocasión de transitar el vehículo asegurado a contramano, existiendo señalización inequívoca en el lugar del hecho de la dirección de circulación.

Se trata sin dudas de una situación de absoluto desprecio a la prevención por parte del asegurado y/o conductor autorizado. Es necesario para que opere la cláusula que debe existir en el lugar una señalización inequívoca respecto de la dirección de la circulación.

v. Cuando el vehículo asegurado sea conducido por una persona bajo la influencia de cualquier droga desinhibidora, alucinógena o somnífera, o en estado de ebriedad. Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda) o cuando habiéndose practicado éste, arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por mil gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por mil por hora.

Hablamos sin dudas de la imposibilidad del asegurado de comprender la peligrosidad de sus actos y las consecuencias de su conducta. Con relación a las sustancias deberemos decir que no cualquier droga hace operativa la cláusula analizada, sino que debe ser una droga desinhibitoria, alucinógena o somnífera.

Misma situación acontece con quien conduce en estado de ebriedad. Del mismo modo que lo descripto anteriormente, se considera que una persona se encuentra alcoholizada cuando la presencia de alcohol sea igual o superior a un gramo de alcohol por mil gramos de sangre.

No importa que las personas toleren en forma diferente la presencia de alcohol en sangre, lo que determina la operatividad de la cláusula es la presencia de la sustancia en los valores allí previstos. De no ser ello así, la prueba para el asegurador resultaría demasiado intrincada, pues no sólo debería demostrar la presencia de alcohol en sangre, sino que ésta en ese conductor le producía el efecto de no tener plena conciencia de sus actos.

Asimismo, con relación a esta situación, referiremos que la graduación prevista en el apartado referido debe encontrarse al momento de la producción del siniestro; y en tal sentido, la propia cláusula determina que la cantidad de alcohol en sangre desciende a razón de 0,11gr de alcohol por mil cada hora; ello viene determinado, ya que es muy frecuente que el examen toxicológico sea efectuado con alguna demora posterior al acaecimiento del accidente.

Por último, es importante señalar con relación a este supuesto que la norma considera la ebriedad del conductor asegurado para el caso de la negativa de éste a practicarse el examen de alcoholemia y que debe ser consignado expresamente por el asegurador.

vi. Cuando el vehículo circule sin luces reglamentarias encendidas existiendo para la circulación en horario nocturno o ante la existencia de condiciones climatológicas o humo que dificulten la visión.

Fácilmente comprensible la absoluta despreocupación por el acontecimiento de un suceso dañoso de quien circula en horario nocturno con las luces apagadas. Similar situación se evidencia ante quien conduzca sin luces reglamentarias encendidas ante la existencia de condiciones climatológicas o humo que dificulten la visión, aclarando que la estipulación refiere al supuesto de situaciones realmente extremas, que impidan casi totalmente la visión y el poder del conductor sobre el automóvil.

vii. Cuando el vehículo asegurado se encuentre superando a otros en lugares no habilitados.

Refiere a una situación objetiva de peligro inminente, evitable, y por ello corresponde excluir de la cobertura las consecuencias de ese accionar.

viii. Mientras sea conducido por personas que no estén habilitadas para el manejo de esa categoría de vehículo por autoridad competente.

La presente cláusula ha generado muchísimos debates en la doctrina y jurisprudencia.

Algunos autores se inclinan por la operatividad directa de la cláusula sin miramientos, otros en cambio, atienden a las circunstancias de cada caso. Así, por ejemplo, no es lo mismo que la persona no posea carnet habilitante, a que lo posea, pero se encuentre vencido, y en su caso durante qué plazo.

"La exclusión de cobertura asegurativa se configura porque ambos (conductora y propietario) no cumplieron con un requisito pactado en el contrato de seguros (la póliza) suscripto por la compañía de seguros con el dueño del utilitario que dispone que el conductor debe tener carnet habilitante para manejar el vehículo de la categoría que corresponda (transporte de personas). Y ese incumplimiento del contrato de seguros (la conductora no tenía carnet para transporte de personas) tiene efectos (es oponible) a las víctimas, por lo que frente a esa infracción la aseguradora queda liberada de responsabilidad" (D. J. S. vs. Cannaniz, 2019)

"Corresponde hacer lugar a la defensa de exclusión de cobertura interpuesta por la compañía aseguradora -fundada en que el conductor del rodado asegurado carecía de carnet habilitante al momento de producirse el siniestro- y, en consecuencia, rechazar la demanda en su contra, toda vez que conforme a las constancias de autos el encartado, al suceder hecho de marras, llevaba casi doce años sin carnet habilitante. Sin lugar a dudas estamos frente a un caso paradigmático que denota una imprudencia y temeridad sorprendente que encuadra perfectamente en el supuesto de exclusión de cobertura establecido en la póliza contratada entre las partes. Tal como sostuvo la CSJN en un fallo reciente, sin perjuicio de que el acceso a una reparación integral de los daños sufridos por

las víctimas de accidentes de tránsito constituye un principio constitucional que debe ser tutelado -reforzándose toda interpretación conducente a su plena satisfacción-, ello no implica desconocer que el contrato de seguro rige la relación jurídica entre los otorgantes. El máximo tribunal fue claro al destacar que la función social que debe cumplir el seguro no implica que deban repararse todos los daños producidos sin consideración a las pautas del contrato que se invoca. Y en el sub judice, la cláusula que analizamos y que excluye la cobertura, de ninguna manera la podemos estimar como abusiva o irrazonable, como tampoco se podría concluir que fue impuesta unilateralmente por parte de la compañía apelante en perjuicio del asegurado. Parece sensato que quien se hará cargo de los daños provocados en un siniestro pueda exigir que el conductor cuente con el respectivo carnet habilitante" (Sánchez vs Cebrián, 2014)

ix. Los terceros transportados en exceso de la capacidad indicada en las especificaciones de fábrica o admitida como máximo para el uso normal del rodado, o en lugares no aptos para tal fin.

Se comprende fácilmente que un exceso, y/o el trasporte de personas en lugares no habilitados a tal efecto son intensamente agravantes del riesgo asumido por la aseguradora que prevé que el vehículo sea utilizado de acuerdo a las indicaciones técnicas y de seguridad admitidas como normales por los fabricantes y/o leyes que regulan la circulación vehicular.

En este sentido, podemos encontrar como jurisprudencia, el leading case "Buffoni", que fue anteriormente mencionado y que ahora desarrollaremos para comprender.

El Sr. Buffoni falleció como consecuencia de un siniestro vial cuando era el transportado en la caja del rodado siniestrado, lugar expresamente prohibido para el transporte de personas. Sus padres iniciaron la acción contra el conductor del automóvil y su aseguradora, quien rechazó la citación en garantía en función de la exclusión de cobertura prevista en las condiciones de póliza y tanto el juez de primera instancia como la Cámara, condenaron a la compañía sosteniendo que la cláusula de exclusión de cobertura resultaba abusiva en relación con la Ley de Defensa del Consumidor.

La Corte, como hemos visto, decidió la cuestión destacando la prevalencia del microsistema normativo del derecho del seguro por sobre la pretendida aplicabilidad

normativas genéricas en el caso de defensa de consumidor, pero abundando sobre cuestiones propias del derecho específico.

Así, expresó: *"Que sin perjuicio de señalar que el acceso a una reparación integral de los daños sufridos por las víctimas de accidentes de tránsito constituye un principio constitucional que debe ser tutelado, y que esta Corte Suprema ha reforzado toda interpretación conducente a su plena satisfacción, ello no implica desconocer que el contrato de seguro rige la relación jurídica entre los otorgantes (arts. 1137 y 1197 del Código Civil) y los damnificados revisten la condición de terceros frente a los mismos porque no participaron de su realización, por lo que si desean invocarlo deben circunscribirse a sus términos (arts. 1195 y 1199 del Código Civil, voto del juez Lorenzetti en la causa "Cuello" y Fallos: 330:3483). Que, en consecuencia, demostrados los presupuestos fácticos y la existencia de la cláusula de exclusión de cobertura, no hay razón legal para limitar los derechos de la aseguradora, por lo que corresponde revocar la decisión sobre el punto."* Por último, como ya hemos mencionado, es bueno recordar que todas estas cláusulas de exclusión de cobertura asegurativa, deben ser interpretadas gramatical, literal y restrictivamente, no pudiendo extenderse por analogía.

En definitiva, hemos visto, se trata de casos objetivos de ausencia de cobertura surgidos a través de la experiencia aseguradora que han sido ratificadas por la jurisprudencia y que no deben ser confundidos con las nociones de suspensión de la cobertura por falta de pago o de culpa grave que más adelante será analizado.

IV.II La problemática del art. 56 LS:

Teniendo una noción de lo que implica una exclusión de cobertura o una caducidad de cobertura resta considerar ¿cómo debe proceder el asegurador?

De esta manera, el artículo 56 de la ley de seguros se encuentra en íntima vinculación con las cláusulas de caducidad y de exclusión antes referidas, y si bien hay autores que consideran que el referido artículo no realiza distinción alguna entre cláusulas en cuanto a la obligación que impone, dependerá de la consideración de una u otra para que opere la sanción prevista en el artículo en contra del asegurador.

En doctrina las opiniones en relación con el Art. 56 LS son variadas y brindadas por autores de gran jerarquía. No obstante, el máximo tribunal y los superiores tribunales de provincia han brindado pautas en la materia que analizaremos.

El controvertido artículo impone la carga de la aseguradora de pronunciarse sobre los derechos del asegurado frente al conocimiento de la existencia de un siniestro donde se viera involucrado un asegurado, conllevando la aceptación tácita por la omisión de pronunciarse, en definitiva, la pérdida del derecho dejado de usar.

Expresa: *"Reconocimiento del derecho. Plazo. Silencio. 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."*

A su turno el art. 46 LS menciona:

"Denuncia. El tomador, o derechohabiente en su caso, comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo. El asegurador no podrá alegar el retardo o la omisión si interviene en el mismo plazo en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro o del daño.

Informaciones. Además, el asegurado está obligado a suministrar al asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.

Documentos. Exigencias prohibidas. El asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el asegurado. No es válido convenir la limitación de los medios de prueba, ni supeditar la prestación del asegurador a un reconocimiento, transacción o sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones legales sobre cuestiones prejudiciales.

Facultad del asegurador El asegurador puede examinar las actuaciones administrativas o judiciales motivadas o relacionadas con la investigación del siniestro, o constituirse en parte civil en la causa criminal."

Asimismo, deberemos tener presente lo estipulado por el artículo 15 de la ley 17.418 que reza "*Las denuncias y declaraciones impuestas por esta ley o por el contrato se consideran*

cumplidas si se expiden dentro del término fijado. Las partes incurren en mora por el mero vencimiento del plazo."

Conforme la lectura de los artículos precedentemente transcriptos, el plazo para que la aseguradora se pronuncie sobre la aceptación o rechazo, es de treinta días, tiempo que puede ser interrumpido por comunicación fehaciente, desde la denuncia practicada por el asegurado y luego de suministrar éste toda la información que la aseguradora solicite relativa a la comprobación del siniestro o extensión del daño.

Si bien se han generado grandes debates en doctrina y jurisprudencia sobre qué se considera notificación fehaciente y a qué domicilio debe ser dirigido, diremos únicamente que hay consenso acerca de que el medio fehaciente por excelencia, aunque no el único, lo reviste la carta documento que contiene sello del correo que la diligencia y deberá ser remitida por la compañía al último domicilio declarado por el asegurado, no pudiendo la aseguradora considerar cumplimentada la carga con la simple remisión de la misma, desentendiéndose absolutamente de su destino.

Es la denuncia del siniestro[7] la que habilita la obligación de pronunciarse con relación al mismo.

En definitiva, como primera aproximación podemos afirmar que cuando la aseguradora se enfrente a una actitud que pueda ser encuadrada en uno de los supuestos de caducidad, deberá rechazar la cobertura dentro del plazo previsto por el art. 56 LS y nociones del art. 46 LS.

No sucederá lo mismo con las cláusulas de exclusión de cobertura asegurativa que, cómo mencionamos, no forman parte del riesgo asumido por el asegurador, pues se encuentran fuera de las previsiones de cobertura de póliza e implican un no seguro, riesgos originariamente no contemplados en la cobertura ni calculados para el valor de la prima prevista por el asegurador.

Nuestra jurisprudencia ha expresado que los casos de exclusión de cobertura no exigen sujetar la conducta del asegurador al procedimiento del art. 56. No hay duda de que la disposición contractual ha limitado la cobertura del riesgo en las condiciones ya señaladas; es evidentemente una cláusula de exclusión, por cuanto en estos supuestos la entidad

[7] Existe posición consolidada en la jurisprudencia que, para el caso de haber omitido el asegurado la denuncia del siniestro el rechazo (declinación de la citación) pueda ser opuesto por la aseguradora al contestar la demanda.

aseguradora simplemente sustrae del riesgo cubierto las consecuencias causadas por un concreto proceder del asegurado.

Frente a la existencia de una cláusula de exclusión de cobertura, el asegurador no estará obligado a pronunciarse en los términos del art. 56 LS pues, de lo contrario estaríamos obligando a una de las partes a cubrir situaciones que por contrato expresamente no aseguró, salvo el caso puntual de exclusión de cobertura por intoxicación del asegurado que se verá seguidamente.

Lo cierto es que existen diferentes tesis al respecto de la operatividad del art. 56 LS. Algunos entienden que la omisión de pronunciamiento del Asegurador en los términos del Art. 56 LS implica aceptación de los hechos, los daños y su extensión. Otra opinión manifiesta que esa presunción legal podría llevar a prestar cobertura a supuestos en que ni siquiera existe el seguro. Es esta la opinión de Barbato, por ejemplo, que expresa que no es necesario el rechazo dentro del plazo de treinta días cuando no existe relación aseguradora, en los casos de no seguro (Barbato N. , 1973) de esta postura radica en que el silencio en pronunciarse no puede crear derechos que no hayan nacido de una relación contractual. Si no hay contrato de seguros y se denuncia un siniestro, mal puede pretenderse cobertura por ello. Otra postura intermedia, establece que deben tenerse en cuenta las circunstancias particulares del caso y que el Art. 56 en realidad es impreciso y que debería modificarse. Se entiende que la postura intermedia es la que mejor se ajusta a la realidad que suele ocurrir habitualmente, sobre todo cuando nos encontramos frente a la exclusión de cobertura por la ingesta de alcohol. En este sentido, hay supuestos amparados en doctrina y amplia jurisprudencia en los que la inexistencia de seguro determina sin dudas la omisión de pronunciamiento de la aseguradora en los términos del art. 56 LS. Otros, en cambio, como el caso puntual del rechazo de cobertura por intoxicación alcohólica del asegurado, donde si bien se trata de un evento previsto expresamente como un supuesto ab initio de ausencia de cobertura, el tinte sancionador que reviste conduce a la confusión. Y en tal caso, deberemos estar a la conducta coherente y de buena fe desplegada por la compañía a los efectos de verificar el siniestro. Así, comúnmente ocurre que cuando la aseguradora recibe la denuncia del siniestro, lógicamente, no puede rechazar preventivamente el mismo cuando no tiene conocimiento de la existencia de ningún elemento que justifique tal rechazo o situación de no seguro, pero

habitualmente suspende los términos hasta contar con la información complementaria derivada generalmente de la causa penal.

De este modo, entendemos que la denuncia efectuada y la remisión de la carta de suspensión por parte de la aseguradora acarrea para ésta la consecuente carga de tomar las medidas tendientes a obtener la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la obligación a su cargo (en los términos de la LS), no pudiendo prolongar el pronunciamiento sin plazo amparándose en un requerimiento que no depende sino de ella. Si desde la compañía no se desplegaron prácticamente actividades de ningún tipo para arrojar luz sobre el tema, no podrá luego de un periodo razonable pretender el rechazo invocando la causal de no seguro por intoxicación alcohólica del conductor del rodado asegurado.

IV.III La suspensión del contrato de seguro por falta del pago de la prima.

Hemos dicho que entre las circunstancias que implican que el asegurador decline o suspenda la garantía asumida hallamos a las cláusulas de delimitación del riesgo, donde se ubican las exclusiones de cobertura previamente analizadas y las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado, en estas últimas se incluyen las cláusulas de caducidad y las de suspensión de cobertura por falta de pago.

La suspensión de la cobertura se presenta entonces cuando en el curso del contrato, el asegurado no ejecuta una determinada obligación a su cargo, en este caso, el pago de la prima.

Como mencionamos al describir las características fundamentales del contrato de seguro, la prima, es debida al asegurador en forma íntegra, esto conforma lo que se denomina el principio de unicidad de la prima.

La existencia de cuotas concedidas por la compañía aseguradora no destruye esa unicidad. Ello determina que, si un asegurado deja de pagar una cuota en término y tiene un siniestro, no tiene derecho a percibir una parte proporcional a la cantidad de cuotas pagadas, sino que lo pierde íntegramente.

Esta posibilidad de pago de la prima en cuotas ha sido instrumentada a través de la denominada cláusula de cobranza de premio, aprobada con carácter uniforme por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

La cláusula prevé que, ante la falta de pago de la prima, la aseguradora suspende la cobertura.

Se diferencia de las cláusulas de exclusión de cobertura, ya que éstas refieren a supuestos de riesgos no cubiertos desde el inicio de la relación, mientras que la suspensión supone la existencia de un riesgo originariamente cubierto, pero suspendido.

La suspensión de la cobertura es automática, ya que, al tratarse de una obligación con plazo, no requiere intimación previa.

Esta suspensión de cobertura funciona, así como una sanción por la mora del asegurado y tiene los efectos de una caducidad temporaria, ya que, si el asegurado paga la prima, el asegurador comienza a cubrir nuevamente los riesgos desde el momento en que se rehabilitó la cobertura y hacia el futuro, es decir, quedan exceptuados los siniestros que pudieran haberse producido durante la suspensión de póliza.

La rehabilitación de la cobertura nunca poseerá efecto retroactivo, sino que restablece la misma hacia el futuro. De este modo, un siniestro sucedido durante la cobertura suspendida, aunque luego haya sido rehabilitada, no será indemnizable.

Por último, con relación al art. 56 LS mencionamos únicamente que, al tratarse de situaciones de caducidad, aunque temporal, y conforme lo hasta aquí desarrollado entendemos que, ante supuestos de suspensión de la cobertura por falta de pago del premio por parte del asegurado, corresponderá a la compañía aseguradora emitir un pronunciamiento dentro de los treinta días bajo apercibimiento de considerar el siniestro aceptado.

Si bien la cuestión se encuentra discutida, se entiende que ésta es la interpretación correcta y es asimismo la mayoritaria en doctrina y jurisprudencia. De hecho, de la lectura del art. 56 se puede concluir que éste no distingue entre pólizas operativas o suspendidas. Por tal motivo, se puede percibir, que es una carga de la compañía aseguradora pronunciarse sobre los derechos del asegurado, pues de lo contrario se entenderá el siniestro aceptado.

IV.IV La culpa grave.

La culpa grave como causal de exclusión de cobertura ha suscitado innumerables controversias, incluso con relación a los casos objetivos de exclusión de cobertura asegurativa. A eso, ha de agregarse las dificultades que el concepto de culpa grave ha presentado a lo largo del tiempo.

El asegurado que obra con culpa grave o dolo, quiebra la conducta cuidadosa y diligente que el asegurador espera de él alterando el equilibrio de la ecuación del riesgo, haciéndolo diferente al que el asegurador ha querido cubrir.

La noción de culpa grave refiere a una conducta groseramente imprudente por parte del asegurado, pero sin la intención del sujeto de dañar, pues de lo contrario estaríamos frente a un supuesto de dolo liso y llano. En el caso de la culpa grave nos encontramos frente a un asegurado que pudo y debió representarse el resultado disvalioso de su accionar.

Podemos afirmar en este mismo sentido que la noción de culpa grave refiere a la conducta del asegurado que omite las ordinarias cautelas que hubiera utilizado de no hallarse resguardado por el seguro.

En la Ley de Seguros, la culpa grave se encuentra prevista en el art. 70 LS que reza *"El asegurador queda liberado sí el tomador o el beneficiario provoca el siniestro dolosamente o por culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias, o por un deber de humanidad generalmente aceptado."*

A su turno, en la sección XI, al tratar específicamente el seguro de responsabilidad civil la ley de seguros establece: art. 114: *"El asegurado no tiene derecho a ser indemnizado cuando provoque dolosamente o por culpa grave el hecho del que nace su responsabilidad."*

En primer lugar, debemos comprender que tanto la culpa grave como el dolo constituyen exclusiones de cobertura, no caducidades del derecho indemnizatorio del asegurado. Pues, el contrato de seguro no cubre los eventos ocurridos con dolo o culpa grave del asegurado, por lo que estamos ante una situación de no seguro.

Ahora bien, esta ausencia de cobertura no deviene del incumplimiento de una carga en cabeza del asegurado, que provocaría en tal caso la caducidad de su derecho, sino que surge de una delimitación del riesgo asumido, es decir, una exclusión más, producida en el momento mismo del evento dañoso.

La diferencia señalada reside en que, si consideráramos la culpa grave como una causal de caducidad, podría llegar a discutirse su oponibilidad frente a terceros. Distinto a lo que sucede como hemos visto con el alcance acordado a las exclusiones de cobertura o no seguro, donde estamos frente a la misma situación jurídica de quien no ha contratado ninguna cobertura por lo que el asegurador nada debe a la víctima a la que siempre le es oponible.

Resulta importante destacar para entender el surgimiento de las cláusulas de exclusión y su distinción con la culpa grave, que hace algunos años muchas compañías aseguradoras utilizaban el concepto de culpa grave para supuestos que luego se fueron objetivando y formalizado en exclusiones nominadas y específicas, como el caso de alcoholemia.

Así, con el devenir de los años la creciente experiencia aseguradora permitió que estos supuestos que antes eran causales de culpa grave se fueran objetivando y se incorporaran en una primera instancia como de uso facultativo.

En el año 1999 la Superintendencia de Seguros de la Nación redactó y aprobó una serie de cláusulas de exclusión de uso facultativo.

Frente a la adopción de estas cláusulas por casi la totalidad de las aseguradoras, con el dictado de la Resolución Nro. 36.100 la Superintendencia de Seguros de la Nación dispuso la utilización obligatoria de estas exclusiones para la cobertura de Responsabilidad Civil que se encuentran descriptas en la cláusula RG - RC 2.1 que hemos visto.

Al objetivarse algunas de estas circunstancias que antes eran supuestos de culpa grave, se han simplificado cuestiones de prueba, por ejemplo. Así, si se determina en la póliza que un evento (en el ejemplo, conducir alcoholizado) constituye una exclusión de cobertura nominada, entonces el siniestro que ocurra en tales condiciones no será indemnizable, con independencia de las circunstancias de tiempo y lugar, es decir, da lo mismo que ocurra en la avenida más importante de la ciudad de Buenos Aires o en el pueblito más distante y olvidado del país.

Es que al hablar de culpa grave deberemos estar necesariamente a las circunstancias de tiempo, modo y lugar para poder caracterizar la conducta como tal. Son estas circunstancias las que determinarán clasificar la conducta como correspondiente a la noción de culpa grave.

De esta manera, la circunstancia debe ser probada por el asegurador. Lo que se analiza y evalúa es la conducta atribuida a una persona medianamente diligente y es el juez quien, analizando las circunstancias de tiempo y lugar de ocurrencia del hecho, determina la configuración de la culpa grave en el caso.

En definitiva, podemos afirmar el asegurador que opone la citada excepción asume la carga de acreditar o demostrar que el asegurado ha obrado con manifiesta culpa grave.

Cabe señalar que cuando hablamos de culpa grave los términos de los art. 70 y 114 LS nos referimos a la culpa grave personal del asegurado y no la del conductor del rodado asegurado.

El art. 114 de la Ley 17418 establece una delimitación causal subjetiva del riesgo que sólo se refiere al único sujeto de la relación contractual, asegurado y fuera de ese límite se configura un riesgo cubierto.

IV.V. El dolo

El dolo se encuentra definido en nuestro código civil como *toda aserción de lo falso o disimulación de lo verdadero, cualquier artificio, astucia o maquinación que se emplee para la celebración del acto. La omisión dolosa causa los mismos efectos que la acción dolosa, cuando el acto no se habría realizado sin la reticencia u ocultación*. (art. 271 CCC).

Lo definitorio de esta conducta, a diferencia de la simple culpa o culpa grave, es la intención, es decir la voluntad destinada a producir el efecto perjudicial.
De este modo, únicamente aquella conducta ejecutada con discernimiento y libertad puede ser calificada como conducta dolosa, que, debido a su naturaleza, no se presume.
La consecuencia lógica, lisa y llana de este tipo de conductas es la invalidez del acto jurídico pretendido como válido o la eliminación de las consecuencias de un acto.
En el caso del contrato de seguro, el dolo puede presentarse en dos supuestos, en la celebración misma del contrato o en el siniestro, sea en su producción, prueba o dimensión de la pretensión del asegurado.
Nos encontramos entonces frente a lo que se denomina fraude al seguro que en definitiva hace referencia a toda conducta intencional por parte del asegurado, tomador y/o beneficiario que pretende obtener de su asegurador una indemnización que en realidad no le es debida.

A este respecto, el Dr. (Morandi, 1987) explica *"Cuando el siniestro es provocado estamos en presencia de un riesgo excluido o una limitación subjetiva del riesgo o un 'no seguro' porque desaparece la incertidumbre que es la esencia misma del riesgo. Admitir el seguro en tales casos importa someter el riesgo a la voluntad potestativa de una de las partes."*

Como hemos mencionado, el dolo se encuentra previsto en los art. 70 y 114 LS; al que habrá que adicionar también el supuesto del art. 48 LS que refiere a la malicia.

Art. 48 LS *"El asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el párrafo 2º del artículo 46, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños."*

En el caso que haya malicia en la carga de entregar las informaciones complementarias solicitadas al asegurado por la aseguradora, magnificar los daños o emplear pruebas falsas para acreditar tales daños, se asimila al dolo.

Por último, cabe efectuar una aclaración. La prueba del dolo del asegurado que pueda efectivizar la compañía aseguradora de la exageración de los daños efectuada por aquél deviene en la pérdida absoluta del derecho del asegurado, aún el que le hubiera correspondido por el verdadero daño sufrido. Se trata de la sanción por una conducta que no se puede tolerar.

Las prácticas y cláusulas abusivas. Normativa relevante en la temática.

Hasta aquí, hemos ubicado la relación asegurativa en el marco jurídico correspondiente y analizado sus características distintivas sin las cuales no podríamos concebir la idea del contrato de seguro, al menos de la manera en que se encuentra previsto en nuestro ordenamiento jurídico.

Para analizar si las cláusulas de exclusiones de cobertura o riesgos no asumidos por el asegurador, son susceptibles de ser consideradas como abusivas, debemos comprender en primer lugar a qué nos referimos cuando hablamos de cláusulas abusivas referidas para cualquier tipo de relación contractual y específicamente en el marco del contrato de seguro, ubicándonos asimismo en conceptos como los de posición dominante y prácticas abusivas.

V. Prácticas abusivas.

Estas nociones y situaciones no fueron tratados con detalle por la ley 17.418, pero hoy se encuentran expresamente previstos en el CCCN.

El nuevo código civil y comercial aborda la temática refiriendo en primer lugar al ya señalado principio de buena fe. El art. 9 CCCN menciona: *Principio de buena fe. Los derechos deben ser ejercidos de buena fe.* A su turno, el art. 961 CCCN relativo específicamente a los contratos refiere *"los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe. Obligan no sólo a lo que está formalmente expresado, sino a todas las consecuencias que*

puedan considerarse comprendidas en ellos, con los alcances en que razonablemente se habría obligado un contratante cuidadoso y previsor".

Finalmente, el art. 1061 CCCN expresa "*El contrato debe interpretarse conforme a la intención común de las partes y al principio de buena fe."*

De todo lo expuesto, no caben dudas que el contrato de seguro es un contrato de buena fe.

Por su parte, el art. 10 CCCN *aclara: Abuso del derecho. El ejercicio regular de un derecho propio o el cumplimiento de una obligación legal no puede constituir como ilícito ningún acto. La ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos. Se considera tal el que contraría los fines del ordenamiento jurídico o el que excede los límites impuestos por la buena fe, la moral y las buenas costumbres. El juez debe ordenar lo necesario para evitar los efectos del ejercicio abusivo o de la situación jurídica abusiva y, si correspondiere, procurar la reposición al estado de hecho anterior y fijar una indemnización.*

<u>De ello surgen las siguientes conclusiones</u>:

- El ejercicio regular de un derecho no constituye ilícito. Es regular cuando se obra de acuerdo con lo tenido en miras por el legislador al establecerlo o los límites impuestos para su ejercicio.
- El ejercicio de un derecho que excede la intención y límites establecidos por el legislador al reglamentarlo es irregular.
- Ahora bien. Si ese accionar irregular de derechos perjudica a otra persona, entonces hablamos de un ejercicio abusivo.

Asimismo, de la lectura comprensiva del art. 10 y 960 del CCCN puede concluirse que, para que el ejercicio abusivo de un derecho se considere tal, deberá mediar la declaración judicial previa presentación del pretendido afectado solicitando al juez la declaración de abusividad. De esta manera lo expresa el art. 960 CCCN al considerar que *Los jueces no tienen facultades para modificar las estipulaciones de los contratos, excepto que sea a pedido de una de las partes cuando lo autoriza la ley, o de oficio cuando se afecta, de modo manifiesto, el orden público.*

De lo contrario, si fuera una derivación automática y mecánica, se podría caer en situaciones tan injustas como astutas al servicio del obligado de una determinada obligación; donde la

referencia al “abuso de derecho” se convertiría en el pretexto ideal para incumplir las obligaciones a cargo.

En resumen, las partes deben sujetarse a la palabra empeñada debiendo cumplir con las obligaciones asumidas de buena fe, pudiendo su contenido ser modificado o extinguido solamente por el acuerdo de las partes o en los supuestos previstos por la ley.

En última instancia, el contenido del contrato resulta inalterable para los jueces, excepto que derive de la solicitud de alguna de las partes y que media autorización legal o cuando el contrato en crisis resulte manifiestamente violatorio del orden público.

El CCCN también ha previsto situaciones donde las partes contratantes evidencian un verdadero desequilibrio acerca de la realidad de cada uno.

Es por ello que el art. 11 del CCCN regula el llamado abuso de posición dominante. *Lo dispuesto en los artículos 9° y 10 se aplica cuando se abuse de una posición dominante en el mercado, sin perjuicio de las disposiciones específicas contempladas en leyes especiales.*

Entendemos que, amén de algunos casos muy puntuales, las aseguradoras revisten una posición dominante frente a sus contratantes. Posición dominante que no implica ilegalidad o ejercicio abusivo de por sí y que viene dada, porque en la generalidad de los supuestos nos encontramos con una empresa sostenida sobre una estructura societaria cuyo objeto social es la celebración de los contratos de seguro, profesionalizado, con la asistencia de gran cantidad de expertos en diferentes áreas para el cumplimiento de sus objetivos.

Frente a ella, y más allá que en algunos supuestos nos encontremos con asegurados constituidos como empresas, indefectiblemente éstos no poseen el nivel de tecnificación y organización en la materia de los que sí disponen los aseguradores (dejando de lado puntuales supuestos excepcionales de grandes empresas y el propio estado).

El hecho de que las aseguradoras revistan una posición dominante frente a sus asegurados no lo hace por sí mismo reprochable o ilícito, sino una característica de la realidad existente. Por ello, lo que el legislador ha querido regular e impedir es el ejercicio abusivo de esa posición dominante existente y lo hace a través de los art. 1096 a 1099 CCCN.

De esta manera, la normativa aludida impone al asegurador obrar con trato digno (art. 1097 CCCN), trato equitativo y no discriminatorio (art. 1098 CCCN), y permitiendo la libre contratación (art. 1099 CCCN) ello implica que la aseguradora deberá abstenerse de condicionar una contratación a otra. Así, toda actitud y/o práctica que despliegue la

aseguradora en sentido contrario al aludido en los artículos referidos, será considerada práctica abusiva.

No obstante, frente a una sospecha de práctica abusiva, habrá que analizar el caso en concreto Así se enseña que no podría por ejemplo una aseguradora negarle un seguro a un sujeto en virtud de su nacionalidad de alemán o ruso, porque en tal caso nos encontraríamos sin duda alguna frente a un trato discriminatorio e indigno, calificable como práctica abusiva.

La situación es absolutamente diferente a la facultad de una aseguradora de negar el seguro de vida a una persona con una enfermedad particular (enfermedad terminal, obesidad mórbida, HIV, etc.) pues, conforme a la técnica aseguradora la situación reviste la calidad de intensamente riesgosa y en consecuencia no asegurable. Esta situación no implica una práctica abusiva por parte de la aseguradora sino la posibilidad de no asegurar las situaciones que sean intensamente riesgosas y económicamente impotentes frente al seguro.

V.I Cláusulas abusivas.

Comprendida la cuestión del abuso de posición dominante y de las prácticas abusivas, estamos en condiciones de analizar las cláusulas del contrato de seguro y en consecuencia desentrañar sí podrían ser declaradas abusivas por el juez como ha sido analizado más arriba. Nuevamente, debemos señalar que esta situación no ha sido específicamente prevista por la ley especial, motivo por el cual deberemos recurrir al CCCN.

La caracterización de una cláusula considerada abusiva se encuentra detalladamente regulada en los arts. 1119 y siguientes de nuestro código de fondo.

El referido art. expresa "*Sin perjuicio de lo dispuesto en las leyes especiales, es abusiva la cláusula que, habiendo sido o no negociada individualmente, tiene por objeto o por efecto provocar un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio del consumidor."*

Como hemos expresado, la declaración de abusividad estará dada por un juez, quien de acuerdo con el art. 1119 CCCN deberá analizar en primer lugar las leyes especiales y la intensión de la cláusula de provocar un desequilibrio. Repárese que el legislador no refiere a cualquier desavenencia, sino aquella que importe un verdadero desequilibrio significativo en la relación contractual en perjuicio del consumidor, asegurado en el caso puntual del contrato de seguros.

Cabe agregar que hay circunstancias donde el abuso no se expresa en una o varias cláusulas contractuales, sino que se configura mediante la articulación de una situación o actividad desplegada por la aseguradora con la evidente finalidad de perjudicar al asegurado.

En tales supuestos hablamos de una situación jurídica abusiva, que ha sido contemplada por el art. 1120 CCCN en estos términos *"Se considera que existe una situación jurídica abusiva cuando el mismo resultado se alcanza a través de la predisposición de una pluralidad de actos jurídicos conexos".*

Para clarificar, pondremos un ejemplo: el art. 46 de la Ley de Seguros prevé que ante la denuncia de un siniestro el asegurador tiene la facultad de solicitar Información complementaria para poder liquidarlo. Sin embargo, la ley no establece la cantidad de información complementaria que el asegurador puede solicitar a su asegurado en el curso de la liquidación.

La situación y actitud de la aseguradora se relaciona con la buena fe contractual, debido a que el plazo de la compañía de seguros para pronunciarse sobre el siniestro y realizar el eventual pago de la indemnización prevista, comienza a correr a partir de la recepción por parte del asegurador de la última información complementaria solicitada y brindada por el asegurado.

De este modo, cualquier información complementaria que el asegurador necesite poseer para la liquidación del siniestro, corresponde que sea requerida en una única oportunidad y solamente para el caso de que se generen dudas surgidas a partir de la información brindada por el asegurado, de lo contrario, esta facultad reconocida por la ley de seguros a la aseguradora puede derivar en situaciones de abuso y desamparo al asegurado que, debe soportar que, sin fundamento, el asegurador prolongue la situación solicitando sucesivas informaciones complementarias sólo para generar mayores plazos para pronunciarse conformando ello una situación jurídica de abuso.

Sin embargo, frente a una situación o cláusula abusiva, también deberemos atender a los límites que el legislador ha reputado indispensables para que la cuestión no se torne un criterio totalmente subjetivo del juzgador. El art. 1121 CCCN considera que "*no pueden ser declaradas abusivas: a. las cláusulas relativas a la relación entre el precio y el bien o el servicio procurado; b. las que reflejan disposiciones vigentes en tratados internacionales o en normas legales imperativas."*

En consonancia con lo que hasta aquí hemos venido explicando, no podrá el Juez considerar abusiva a una cláusula objetiva limitativa de la responsabilidad y/o de suma asegurada, pues de lo contrario, estaría obligando injustamente al asegurador a cubrir los casos que expresamente ha excluido por ser, en la mayoría de los supuestos, intensamente riesgosos, sobre los que no ha calculado ni percibido prima alguna por garantizarlos, generando ello finalmente, el perjuicio a la masa de asegurados y fondo de primas. De allí la importancia que reviste el inc. a del art. 1121 CCNC comentado.

No serán consideradas abusivas en el ámbito del seguro aquellas cláusulas de las que resulten sacrificios o ventajas análogas para ambas partes; o perjuicios únicamente para el asegurador, o bien en el supuesto que el desequilibrio no fuere excesivo ni manifiesto.

A modo de conclusión podemos afirmar que cuando la pretensión de abusividad recaiga sobre una cláusula de exclusión de cobertura o sobre cualquier otra limitación contractual, deberá analizarse en primer lugar si lo solicitado no altera la ecuación precio/bien (prima/riesgo), ya que, de ser así, si el juez obligara a la aseguradora a abonar lo que expresamente se ha excluido de la cobertura, estaría afectando esa relación.

La suma asegurada

VI. La cuestión de la suma asegurada. Jurisprudencia.

En tiempos de elevada inflación una de las mayores controversias del mundo jurídico en el derecho de daños y puntualmente relacionado a la cuestión del seguro, ha sido la cuestión relativa a la suma asegurada.

Si bien es cierto que, algunas veces se arriba a resultados que podrían resultar injustos para la población en general, no debemos perder de vista que el contrato de seguro es el contrato por medio del cual la aseguradora se obliga mantener indemne al asegurado, no a la víctima, con relación al riesgo que ha tomado a su cargo.

La Dra. (Compiani M. F., 2017) han expresado al analizar la cuestión de la suma asegurada "El loable esfuerzo de la protección a las víctimas no puede justificar constituir el juicio de daños como un instrumento dañoso, consagrando una carga indemnizatoria en mayor extensión que la procedente, conforme a la ley."

La cuestión se relaciona con uno de los elementos del contrato de seguro que hemos señalado: el interés asegurable. Y es que, no se trata aquí de salvaguardar a la víctima del evento dañoso, sino que el contrato se efectúa en interés del asegurado que pretende mantener indemne su patrimonio para el caso que ocurra el riesgo descripto en el contrato de seguro a cuyo cargo a tomado la aseguradora.

Diremos entonces que la obligación del asegurador con relación a la suma asegurada comprende el pago del capital, que deberá ser actualizada por los intereses, y las obligaciones accesorias (costas); todo ello conforme art. 110 LS que establece*: "la garantía del asegurador comprende: a) el pago de los gastos y las costas judiciales y extrajudiciales para resistir la pretensión del tercero…"* los que integran la indemnidad debida por aquél en los términos del art. 109 de la Ley de Seguros. El asegurador se eximirá de afrontar tales erogaciones en el caso que deje la dirección de la litis en cabeza del asegurado y deposite la suma-indemnización a su cargo y los gastos devengados hasta ese momento.

No obstante, esa indemnidad reconoce un límite, el de la medida del seguro. De ello cabe concluir que el asegurador responderá de acuerdo con los términos previstos en póliza por ej. franquicia, suma asegurada, descubierto obligatorio, etc. y demás limitaciones del contrato (que integran la delimitación del riesgo asegurado) y resultan oponibles a terceros, pues constituyen defensas nacidas antes del siniestro e integran la medida del seguro. (art. 118 LS).

El límite de cobertura se refiere sólo al capital de condena, los accesorios (intereses y costas) están fuera de dicho límite. Ahora bien, en cuanto a estos últimos, la aseguradora responde de acuerdo con el principio de proporcionalidad respecto del capital. Un ejemplo clarificará la cuestión en análisis: Si el límite de cobertura es de un millón y el capital de condena es de un millón la aseguradora responde por el 100% de los intereses y costas. En cambio, si el capital de condena es de dos millones, la aseguradora responde por el 50% del capital de condena (límite de cobertura de un millón) y el 50% de los intereses y costas proporcionales. La única excepción a la regla se verifica cuando el asegurador haya incurrido en una defensa manifiestamente temeraria de su parte o se haya negado injustificadamente a una propuesta transaccional, en cuya hipótesis, deberá pagar íntegramente las costas e intereses como

resultado de la responsabilidad incurrida, a pesar de la existencia del límite de la cobertura, como sostiene la jurisprudencia del más alto Tribunal.

Por lo demás la cláusula 2da. de la resolución 39.327 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, dispone con precisión que el asegurador toma a su cargo, como único accesorio de la obligación asumida, el pago de costas judiciales en causa civil incluido los intereses y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para resistir la pretensión del tercero (art. 110 de la ley 17.418).

A pesar de existir precedentes contundentes como los expresados, cada tanto algún tribunal de instancia inferior resolvía en sentido contrario. La Corte, puso definitiva conclusión a esta cuestión con el dictado en la materia del conocido fallo Flores de los cuales reproducimos los considerandos más importantes: *"En el presente caso se trata de determinar si el límite de cobertura pactado entre asegurador y asegurado en los contratos de responsabilidad civil de automotores es oponible o no al damnificado". (Flores vs Giménez 2017).*

Que la oponibilidad de las cláusulas contractuales ha sido el criterio adoptado por el Tribunal en los supuestos de contratos de seguro del transporte público automotor (Fallos: 329:3054 y 3488; 330:3483 y 331:379 y causas CSJ 166/2007 (43-0)/CS1 "Obarrio, María Pía c/ Microómnibus Norte S.A. y otros" y CSJ 327/2007 (43-G)/CS1 "Gauna, Agustín y su acumulado c/ La Economía Comercial S.A. de Seguros Generales y otro", sentencias del 4 de marzo de 2008).

Que también ha decidido esta Corte que no obsta a ello la modificación introducida por la ley 26.361 a la Ley de Defensa del Consumidor puesto que una ley general posterior no deroga ni modifica, implícita o tácitamente, la ley especial anterior, tal como ocurre en el caso de la singularidad de los contratos de seguro (CSJ 1319/2008 (44-M) /CS1 "Martínez de Costa, María Esther c/ Vallejos, Hugo Manuel y otros s/ daños y perjuicios", fallada el 9 de diciembre de 2009 y "Buffoni" (Fallos: 337:329).

Que, asimismo, tiene resuelto el Tribunal que la función social que debe cumplir el seguro no implica, empero, que deban repararse todos los daños producidos al tercero víctima sin consideración a las pautas del contrato que se invoca (causa "Buffoni" -Fallos: 337:329-, citada).

Que, en efecto, los artículos 109 y 118 de la Ley de Seguros 17.418 establecen que el asegurador se obliga a mantener indemne el patrimonio del asegurado o del conductor por

él autorizado por cuanto deban a un tercero como consecuencia de daños causados por el vehículo objeto del seguro, por cada acontecimiento ocurrido durante la vigencia del contrato, y que "la sentencia que se dicte hará cosa juzgada respecto del asegurador y será ejecutable contra él en la medida del seguro".

Que sin perjuicio de señalar que el acceso a una reparación integral de los daños padecidos por las víctimas constituye un principio constitucional que debe ser tutelado y que esta Corte ha reforzado toda interpretación conducente a su plena satisfacción, ello no implica desconocer que el contrato de seguro rige la relación jurídica entre los otorgantes (artículos 957, 959 y 1021 del Código Civil y Comercial de la Nación) pues los damnificados revisten la condición de terceros frente a aquellos que no participaron de su realización, por lo que si pretenden invocarlo, deben circunscribirse a sus términos (artículo 1022 del Código Civil y Comercial de la Nación).

Que, al respecto, cabe reiterar que los contratos efectos entre las partes contratantes y no pueden beneficiar ni perjudicar a terceros, excepto en los casos previstos en la ley. Es por ello que aquellos deben ser interpretados en su integridad, lo cual excluye toda exégesis aislada de una cláusula o expresión del. negocio. Se impone el deber de observar el lazo íntimo que une a todas las cláusulas, pues no resulta aceptable fraccionar lo convenido únicamente para acatar las estipulaciones que favorecen al tercero damnificado y desechar otras que ponen límites a la obligación del asegurador. Que, en consecuencia, demostrados los presupuestos fácticos y la existencia de una cláusula de limitación de la cobertura, no se advierte razón legal para afectar los derechos de la aseguradora, por lo que corresponde revocar la decisión sobre el punto. El alcance del deber de responder de la citada en garantía se encuentra claramente delimitado sin que se hayan arrimado planteos que demuestren que resulte inválida su inserción en esta clase de contratos."

La claridad con la que ha expuesto la Corte la cuestión bajo análisis nos exime de mayores comentarios y cierra definitivamente el debate, al menos por el momento, acerca de la suma asegurada y su actualización, en la medida del seguro, por medio de los intereses y costas proporcionales.

Por último, hay que destacar que ninguno de estos ha sido considerado cláusulas abusivas ya que integran la relación del precio o servicio, que, como hemos desarrollado, constituye una limitación impuesta por el art. 1121 inc. a) CCCN.

VII. Conclusiones

A lo largo del presente trabajo hemos podido recorrer las principales problemáticas a las que se ve expuesto el contrato de seguro, sea por incumplimiento de alguna de las partes contratantes o sea por cuestiones vinculadas a terceros.

Hemos analizado los diferentes supuestos de exclusiones a la cobertura asegurativa, distinguiéndolos de otros supuestos que no lo configuran y cómo debe comportarse la aseguradora respecto del asegurado y respecto de los terceros que por algún motivo podrían estar involucrados.

Del análisis de las diferentes opiniones doctrinarias y jurisprudencia puede deducirse que existe una gran conflictividad sobre determinadas cláusulas insertas en este tipo de contratos. Contrato en cual se refleja la interrelación del sujeto contratante con la sociedad y que surge del interés de un sujeto de proteger la integralidad de su patrimonio derivado de las contingencias que pudieran ocurrirle con relación a terceros a los que pudiera afectar por el uso y goce de la cosa. En esta idea considero que, si bien la regulación de la actividad aseguradora tiene una finalidad social y debe tender a salvaguardar el bien común, este convenio rige la relación de las partes que lo celebraron y si bien no puede perjudicar a los terceros, tampoco podrá beneficiarlos más allá de lo pactado.

En este sentido, considero que deben tenerse por válidas las cláusulas del contrato de seguro, (siempre y cuando las mismas sean razonables y respondan a necesidades técnicas del mismo) como así también su interpretación y reconocimiento entre partes y para con los terceros, que sólo podrán ser invocado por éstos, en la medida que se ajusten a sus considerandos.

A su vez sostengo que las materias legisladas en leyes específicas, como en este caso, deben respetar las soluciones allí aportadas y deben prevalecer sobre otras soluciones receptadas en leyes generales.

En definitiva, las soluciones brindadas por la jurisprudencia sobre las diferentes situaciones del derecho de seguro puestas en crisis, no son más que la expresión del microsistema autónomo que conforma el derecho de seguro y que si bien es autosuficiente, no significa que no exista la necesidad de modificarlo, de hecho, a los fines de esclarecer ciertas cuestiones que generan conflictividad, tales como el controvertido artículo 56, introduciría

algunos cambios, como por ejemplo, dejar establecido cuando opera la carga de pronunciarse por parte de la aseguradora, diferenciando así las cláusulas de caducidad de las de exclusión de cobertura, en las que efectivamente no existe contrato alguno.

A su vez cabe destacar que éste microsistema no quiere decir que se halla escindido de la universalidad jurídica que abarca y regula el CCCN, sino que, en mi parecer, tiene como ventaja el respeto y reconocimiento de una actividad particular con reglas propias que deben ser tenidas en cuenta y sólo revisadas para el caso que estas situaciones impliquen un desequilibrio significativo o desnaturalización en los derechos del asegurado y las obligaciones y cargas del asegurador emergentes del contrato en perjuicio del primero.

BIBILIOGRAFÍA

- Raúl Jorge Carreira; (2015). Difusión del Seguro en la Comunidad; Historia, actualidad y desafíos del sector asegurador. 1º Edición. Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Pp 163-164.
- Fraga de Olivera, Antonio; (1936). Educación para el Seguro. 1º Edición. Lisboa, Anales.
- Claudio kiper; (2018). Accidentes de Automotores. Doctrina y Jurisprudencia. Tomo II. Editorial Rubinzal Culzoni.
- Jesús Alfaro Aguila Real; (1991). Las Condiciones Generales de la Contratación. Estudio de las Disposiciones Generales. 1º Edición. Civitas.
- Compiani, María Fabiana; (2015). El contrato de seguro a la luz del Código Civil y Comercial. https://infojus.com.ar/
- Código Civil y comercial de la Nación Argentina
- Ley de Seguros Nº 17.418 (Poder Ejecutivo Nacional) del 30 de agosto de 1967
- Ley de Entidades de Seguros y su Control Nº 20.091 (Poder Ejecutivo Nacional) del 11 de enero de 1973
- Stiglitz, Rubén; (1996). Derecho de Seguros; tomo I, Buenos Aires; Abeledo Perrot.
- Barbato, Nicolás H; (1988). Culpa grave y dolo en el derecho de seguros. Hammurabi, Buenos Aires. Pp21-22
- Héctor, Perucchi, Juan Ignacio Perucchi (2015). Código Seguro. La influencia del Nuevo Código Civil y Comercial en el Derecho de Seguros. Tomo I, 1º edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Comunicación y Proyectos.
- Barbato Nicolas H.; (1973). Exclusiones a la cobertura en el contrato de seguro. ED, 136547.-
- Morandi Juan Carlos; (1987). La agravación y otras modificaciones del riesgo. Revista Jurídica Argentina del Seguro, la Empresa y la Responsabilidad.

Jurisprudencia

- Corte Suprema de Justicia de la Nación (8 de abril de 2014). Buffoni, Osvaldo Omar c/ Castro, Ramiro Martín s/ daños y perjuicios.
  https://www.saij.gob.ar//corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-buffoni-osvaldo-omar-castro-ramiro-martin-danos-perjuicios-fa14000051-2014-04-08/123456789-150-0004-1ots-eupmocsollaf

- Corte Suprema de justicia de Mendoza (27 de diciembre de 2007). Causa 90.141 – "Triunfo Coop. Seg. Ltda. en J° 78.843/78.842/9883 Días, Pedro Salvador c/ Oliva, Roberto Esteban Delgado p/ Daños y Perjuicios s/ Inc. Cas", -
  https://www.rubinzalonline.com.ar/index.php

- Distribuidora Norte SRL c/ Copan Cooperativa de Seguros Generales s/ Daños y perjuicios" (08/03/90, El Dial, W3ADC)
  https://eldial.com/W3ADC
- Cámara de Apelaciones Civil y Comercial. (6 de mayo de 2019). D. J. S. vs. Cannaniz, Omar Alfredo y otros s/ Daños y perjuicios - Incumplimiento contractual - A., H. H. y otra vs. Durán Esneldo Oscar s. Daños y perjuicios
  https://jurisprudencia.colegioabogadosazul.org.ar/163

- Corte Suprema de Justicia de la Nación (6 de junio de 2017). Flores, Lorena Romina c/ Giménez Marcelino Osvaldo y otros s/ daños y perjuicios.
  https://www.cij.gov.ar/nota-26198-La-Corte-Suprema--por-mayor-a--declar--la-validez-del-l-mite-de-cobertura-establecido-en-el-contrato-de-seguro-obligatorio-automotor.html