

Proyecto de ley

BENEFICIARIOS DE SEGURO DE VIDA.

FUNDAMENTOS

I. Falta de conocimiento de la existencia del seguro

El primer problema que pretendemos solucionar es que muchos seguros de vida no llegan a ser cobrados por sus destinatarios porque los beneficiarios del seguro ignoraban su existencia y el asegurador no está obligado a averiguar la muerte de sus asegurados e informar a los beneficiarios. Surge entonces la pregunta: ¿porqué el beneficiario no conoce la existencia del seguro?; a veces los seguros de vida son contratados como accesorios de otro tipo de operación (por ejemplo para abrir una cuenta corriente, obtener un crédito personal, una tarjeta de débito o crédito, al ingresar a un trabajo, etc.)

Esto provoca que, ante la obtención de un crédito o un trabajo, el seguro de vida parezca una circunstancias de menor relevancia como para ser informada a sus familiares.

En otras oportunidades, menos comunes, si bien la persona contrata el seguro expresamente, para otorgar una protección a su familia, no llega a comunicarlo por diversos motivos. Veamos: por un mecanismo de auto-defensa, por el cual no traslada su propio miedo a la muerte hacia sus seres queridos. Así el asegurado se auto convence que la omisión de dicha información tiene el fin de proteger a sus allegados. A veces, la omisión se debe a la desconfianza del asegurado a sentirse sólo apreciado por el beneficio que podrían obtener sus allegados con su fallecimiento, e inclusive por miedo a ser asesinado para cobra el seguro.

Pero reiteramos, estos últimos, son los casos menos frecuentes. Lo habitual es que hasta el mismo asegurado ignore la existencia del seguro, porque la empresa que brinda cualquier tipo de servicio, le incluye el seguro de vida dentro de la transacción principal, sin informárselo.

En los últimos años la causa fundamental de la desinformación de los asegurados y beneficiarios está dada por la falta de entrega de los certificados de incorporación y los certificados individuales de cobertura, correspondientes a sus seguros colectivos de personas. Este incumplimiento les impide conocer los riesgos cubiertos, la suma asegurada, el derecho a designar beneficiarios y en muchos casos, hasta la existencia misma del seguro. Debido a esta conducta ilícita, los asegurados o sus beneficiarios se ven impedidos de cobrar en forma íntegra y oportuna la indemnización pactada en caso de siniestro.

También contribuye a que el seguro de vida no alcance su finalidad el simple hecho de que la aseguradora no tenga la obligación de averiguar la muerte de sus clientes y comunicar la existencia del seguro.

Esto último era razonable en la década del 50' cuando se ideó nuestra ley de seguros, pues si una aseguradora quería averiguar sobre la muerte de un cliente debía recurrir a varios registros civiles no informatizados.

Hoy en día, estas condiciones han sido superadas dada la existencia de un Registro Nacional de las Personas que tiene una base de datos en soporte digital, la cual cuenta, entre otros datos, con el nombre, DNI y fecha de fallecimiento de los ciudadanos.

Precisamente, por el avance en sistemas de registros digitales, en la última década muchos países del mundo han previsto distintos mecanismos para garantizar que el seguro de vida sea cobrado por sus beneficiarios.

Estos sistemas varían de acuerdo a la idiosincrasia y posibilidades tecnológicas de cada país. Algunos son creados por ley, otros por convenios entre las aseguradoras y asociaciones de consumidores. Entre los que fueron creados por ley encontramos:

- La Ley española 20/2005, una de las primeras leyes de la Unión Europea que instauró un sistema informativo y centralizado relativo a los seguros de vida y accidentes que cubriesen el riesgo de muerte.
- En Francia, por el Art.8 de la Ley 2005-1564 *Portant diverses dispositions d'adaptation au Droit communautaire dans le domaine de l'assurance* crea e incorpora al Código de Seguros el Art. L.132-9-1 y L.132-9-2.
- En Perú, la Ley 29355 crea en el año 2009 un mecanismo que le permite verificar a los interesados si son beneficiarios de una póliza de seguros.

Otros países como México instauró en el año 2006 un sistema de información para los posibles beneficiarios de seguros que contemplen el riesgo de fallecimiento mediante la firma de un convenio entre la Asociación de Entidades Aseguradoras y la Comisión de Protección de Usuarios de Servicios Financieros.

Por su parte, el sistema chileno prevé que el interesado que quiera obtener información relativa a los seguros de vida contratados por el asegurado debe realizar una solicitud a la Superintendencia de Valores y Seguros. Esta última requiere la información al mercado asegurador para luego entregarla a los solicitantes.

Por último, el sistema irlandés establece que las compañías de seguros lleven un registro con las pólizas no cobradas. Las aseguradoras se encuentran obligadas a contactarse por escrito con los beneficiarios de las pólizas no reclamadas.

Siguiendo el modelo del sistema español y en parte el francés, en el año 2006 las diputadas Nora Cesar, Mercedes Marco Del Pont,

Patricia Vaca Narvaja, y el diputado Agustín Rossi, entre otros presentaron un proyecto de Ley que proponía la creación de un Registro Nacional de Beneficiarios de Seguros de Vida en el ámbito estatal, al cual las aseguradoras debían enviar la información de los asegurados y sus beneficiarios. Este proyecto no prosperó.

Teniendo en cuenta la necesidad, posibilidad, experiencias internacionales y criterios locales que podrían aplicarse para que los seguros de vida sean efectivamente cobrados por todos los beneficiarios, el proyecto propone la obligación de todas las entidades aseguradoras que operan en seguros de vida de cotejar su base de asegurados con la de defunciones del Registro Nacional de las Personas. Tal comprobación deberá efectuarse cada tres meses y abarcar a las personas fallecidas en los tres años previos a la compulsión. Ello sin perjuicio que el beneficiario o un tercero puedan denunciar la muerte del asegurado para cobrar más rápidamente.

El proyecto también propone que la aseguradora informe a los beneficiarios, o en su defecto, a los herederos del asegurado que no se hayan presentado a cobrar, sobre la existencia del seguro mediante una comunicación fehaciente.

Consideramos que la solución propuesta es la más adecuada pues:

- a) es factible técnicamente por la existencia de una base de datos de defunciones en soporte digital que tiene y actualiza el Registro Nacional de las Personas,
- b) el régimen propuesto no obliga a las aseguradoras a dar a conocer a terceros información sobre su clientela,
- c) la carga administrativa de los aseguradores es mínima, pues no deben comunicar la existencia del seguro a los beneficiarios en todos los casos, sino solamente en aquellos que no ha sido denunciado el fallecimiento del asegurado,

c) permite que los beneficiarios del seguro estén informados de su derecho a cobrar,

e) finalmente, esta medida, junto a las restantes que integran el proyecto, contribuirán a dar prestigio y por ello difusión a este instrumento de previsión por excelencia que es el seguro de vida.

II. Pedidos de documentación a los beneficiarios

El segundo problema que afecta la percepción de los capitales asegurados mediante un seguro de vida por parte de los beneficiarios, consiste en la cantidad de documentación que, improcedentemente, le requiere el asegurador.

En efecto, nuestra Ley de seguros establece un sistema muy claro para verificar todo siniestro. El artículo 47 de la Ley 17.418 prescribe que “el asegurado puede requerir prueba instrumental **en cuanto sea razonable que la suministre el asegurado**” (artículo 46, segundo párrafo). Sin embargo es común que el asegurador le requiera a los beneficiarios del seguro copia de la historia clínica del asegurado, copia de la causa penal labrada con motivo del fallecimiento del asegurado, formularios que deben ser completados por los médicos tratantes o asistentes del asegurado y otra serie de documentos que no es razonable que la suministre el beneficiario –que en algunos casos ni siquiera es pariente o heredero del asegurado-, pues a toda esta documentación tiene libre acceso el asegurador, quien está facultado a “examinar las actuaciones administrativas o judiciales motivadas o relacionadas con la investigación del siniestro” (art 46 cuarto párrafo, Ley 17418).

Estos requerimientos indebidos terminan formando una valla infranqueable para el beneficiario (sobre todo si no es heredero del asegurado) quien, en muchos casos, termina desistiendo de su legítimo derecho a cobrar la suma asegurada. No escapa al sentido común que,

para quien ha perdido un ser querido, hacer dedicarlo en pleno duelo a recorrer mesas de entradas de juzgados, hospitales, clínicas, etc., sólo logra ahondar la herida que él pretende cicatrizar, cuando el asegurador es un profesional que tiene medios técnicos y facultades legales para resolver estos requerimientos en menos tiempo y además, porque cobra al asegurado los costos que implican estos trámites con la inclusión de los gastos de administración dentro de la prima.

Por ello el proyecto agrega al segundo párrafo del artículo 46 la obligación de los beneficiarios o herederos de los seguros de vida a suministrar al asegurador 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. Pero, por otra parte, veda al asegurador la posibilidad de requerir a los beneficiarios la entrega de la historia clínica del asegurado, la causa penal labrada con motivo de su fallecimiento, informes elaborados por terceros como los médicos tratantes o asistentes del asegurado, ni ninguna otra documentación, si no estuvieren en su poder, manteniendo la carga de brindar la información necesaria para su individualización y la colaboración necesaria para su consulta. Tal como lo ha sostenido el eminente Juez, Jurista y Profesor Dr. Isaac Halperin *“La documentación que pueda requerir el asegurador [al asegurado] debe ser de propiedad del asegurado o estar sujeta a libre disposición de éste.”*¹

El prestigiosísimo jurista Dr Rubén Stiglitz, también se ha manifestado en este sentido: *“Pero el asegurador, así como no puede obligarlo [al asegurado] a realizar investigaciones especiales a los fines de suministrarle información, no debe permanecer impasible a la espera del aporte de los datos que decida reclamar, por cuanto entre los derechos y deberes de las partes existe un delicado equilibrio que ambos*

¹ Halperín Isaac, Barbato Nicolás, *“Seguros, Exposición Crítica de las leyes 17418, 20091 y 22400”*. Ed. Depalma, Buenos Aires, 2004. Pág. 511

deben mantener, aunque la entidad, para actuar dentro de su propio ámbito profesional, será responsable en mayor medida de alcanzar tal logro.”² El autor continúa diciendo: “[...] la razonabilidad de los requerimientos debe ser valorada en cada caso particular y según las circunstancias fácticas del mismo, debiendo desestimar aquellos pedidos que no respondan a una necesidad justificada”. “[...] la actividad aseguradora, por la función social que cumple requiere la máxima buena fe en su proceder con el asegurado, por el carácter profesional que reviste y por la distinta fuerza económica que existe entre ella y el asegurado. Por eso la aseguradora no se puede apartar de este principio so pretexto de razones infundadas, para demorar el cumplimiento de sus obligaciones en término [...]”³

Por último, el también Juez y Jurista, Dr. Juan Carlos Félix Morandi, notable experto en materia de seguros, expuso: “[...] el asegurador no puede exigirle al asegurado [...] que pruebe la verdad absoluta, debiendo contentarse con la verdad formal, es decir, con aquella que considera probado un hecho cuando su existencia es bastante probable para autorizar a obrar como si existiera realmente. [...] Es para llegar a esta verdad formal que la Ley le da al asegurador una amplia facultad informativa y de investigación que debe usar con perspicacia, responsabilidad, diligencia y prudencia.”⁴

III. Pedido de declaratoria de herederos

El tercer inconveniente que tienen los beneficiarios de los seguros de vida se presenta cuando el asegurado ha designado beneficiarios del

² Stiglitz, Rubén, “*Derecho de Seguros*”, Tomo II. Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2001. Pág. 195.

³ Stiglitz, Rubén, “*Derecho de Seguros*”, Tomo II. Ed. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2001. Pág. 202-209.

⁴ Morandi, J. C. F., “*Revista del Derecho Comercial y de las Obligaciones*”, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1974. Pág. 596-597.

seguro a “sus herederos” o cuando no ha designado beneficiarios o la designación que efectuó resulta ineficaz o queda sin efecto, en cuyo caso se entiende que el asegurado designó beneficiarios a sus herederos. En la inmensa mayoría de los casos, estos beneficiarios son los herederos legitimarios del asegurado.

En relación a estos casos, el Dr. Juan Carlos Félix Morandi ha dicho que: “[...] *en el caso de haberse nombrado a los `herederos legítimos` no es necesario que éstos hayan tramitado la sucesión del asegurado. En caso de duda, el asegurador debe exigir fianza suficiente a satisfacción para el caso de presentarse otros herederos o pueden consignar judicial del importe.*”⁵ Sin embargo, los aseguradores generalmente exigen la “declaratoria de herederos”, lo que en muchos casos frustra el cobro del seguro, sobre todo en los casos en que el asegurado no poseía bienes, motivo por el cual no es lógico requerir un proceso sucesorio para cobrar el importe de un seguro de vida, que en muchos casos, puede ser bajo y no se justifica el costo de dicho proceso en relación a la suma asegurada.

Por ello, el proyecto propone agregar como cuarto párrafo del artículo 145, es siguiente: “Acreditación de la condición de herederos Cuando el asegurado haya designado beneficiarios a sus herederos o estos resulten beneficiarios por haberse tornado ineficaz o quedar sin efecto otra designación, los herederos legitimarios deben acreditar el vínculo con el asegurado mediante la presentación de las partidas correspondientes, pero no están obligados a presentar la declaratoria judicial de herederos”.

IV. Aplicación de exclusiones de coberturas no previstas legalmente para los seguros de personas

⁵ Morandi, J. C. F, “*Estudio de Derecho de Seguros*”, E. Pannedielle, Buenos Aires, 1971. Pág. 336-337.

Las aseguradoras predisponen en sus condiciones contractuales exclusiones de cobertura no previstas en la Ley de Seguros o previstas para seguros de daños patrimoniales y, por ende, no aplicables a los seguros de personas. Entre ellas, las siguientes:

a) *Culpa grave del asegurado*

La culpa grave es un eximente de responsabilidad en los seguros de daños patrimoniales (artículo 70), de responsabilidad civil (artículo 114) y de seguros de personas en una sola cobertura específica: la de accidentes personales (artículo 152); pero no es aplicable a los restantes seguros sobre la vida (muerte, invalidez, etcétera). Es decir, la Ley ha sido muy meticulosa al dejar de lado a los seguros sobre la vida de la exclusión por culpa grave.

En este último punto, la doctrina y la jurisprudencia son unánimes. El doctor Isaac Halperín decía que *para los seguros sobre la vida, los actos de provocación cumplidos culposamente, aun cuando fuera con la culpa más grosera, no libran al asegurador*⁶.

b) *Consumo de drogas, enervantes, estimulantes o similares, excepto si se demuestra que fueron utilizados bajo prescripción médica*

Según las circunstancias del caso, podría asimilarse a un supuesto de culpa grave y, como se indicó en el punto previo, sólo aplicable a los seguros de personas que cubren el riesgo de accidentes personales, pero no para las restantes coberturas de seguros de personas. Eventualmente, podría ser un supuesto de “empresa criminal”, pero para que sea válida como exclusión de cobertura, requeriría los extremos necesarios para su configuración, es decir una condena penal firme.

⁶ HALPERÍN, Isaac, *Seguros: exposición crítica de las leyes 17.418, 20.091, Segunda Edición actualizada por Juan Carlos Félix Morandi*. Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1983, Volumen II, p. 873

c) *Guerra, motín o tumulto*

La guerra, el motín o el tumulto no son causales válidas para que la aseguradora no pague la suma asegurada si el asegurado falleció en esas circunstancias.

¿Por qué? Porque el artículo 71, que dice que *el asegurador no cubre los daños causados por hechos de guerra civil o internacional, por motín o tumulto popular*, es válido solamente para los seguros de daños patrimoniales, pues así queda establecido en el Capítulo II del Título I de la Ley de Seguros, que legisla sobre los seguros de daños patrimoniales.

d) *Actos de guerrilla, rebelión, sedición, terrorismo, huelga, en que el asegurado hubiese participado como elemento activo; revolución [...]*

Estas exclusiones de cobertura ni siquiera están previstas en la Ley de Seguros por lo que sólo serían aplicables si las circunstancias en que fallece el asegurado configuran un supuesto de “empresa criminal” de acuerdo con el artículo 137 de la Ley de Seguros.

La cláusula que estamos considerando llega al extremo de la ilegalidad cuando prevé la falta de pago del capital asegurado si el asegurado muere participando de una huelga, que es nada menos que un derecho consagrado constitucionalmente (artículo 14 bis). Igual situación es la del ciudadano que se levanta en armas contra una dictadura que haya usurpado el poder legalmente constituido.

Desde el punto de vista técnico, estas exclusiones de cobertura no tienen justificación alguna, pues ninguna de ellas causa una siniestralidad mayor a la prevista al calcular la prima. En efecto, la probabilidad de muerte se mide por las tablas de mortalidad y éstas

incluyen a las personas fallecidas por cualquier causa, entre ellas las enumeradas en este apartado.

En conclusión, las únicas exclusiones de cobertura válida son las previstas en la Ley de Seguros. Para los seguros de personas –a excepción de la cobertura de accidentes personales– son: suicidio voluntario (artículo 135), muerte provocada por acto ilícito del contratante (artículo 136) y aplicación de la pena de muerte o sufrida en empresa criminal (artículo 137). Para los seguros de accidentes personales son el dolo, la culpa grave o la muerte en empresa criminal (artículo 152).

Fuera de las enunciadas, las restantes exclusiones no son válidas y deben tenerse por no escritas porque son cláusulas abusivas en los términos de los incisos a) y b) del artículo 37 de la Ley de Defensa del Consumidor, de los incisos a) y b) del 988 del Código Civil y Comercial –aplicable por la remisión del art. 1117- y del artículo 1119 del mismo Código.

Ratifica lo expuesto el artículo 158 de la Ley de Seguros que establece que las exclusiones de cobertura para los seguros de personas son inmodificables, pues su inclusión obedece a razones de orden público; es decir que por su *naturaleza son inmodificables*, salvo el supuesto del artículo 135 (referido al suicidio voluntario) donde el artículo 158 establece que esta norma *sólo se podrá modificar a favor del asegurado*, reduciendo el plazo de tres años de vigencia inicial del seguro dentro del cual el *suicidio voluntario* es una causal de exclusión de cobertura.

Además si las exclusiones de cobertura ilegales mencionadas, estuvieran comprendidas dentro de las *normas legales derogables* no podrían *formar parte de las condiciones generales* de la póliza como

hacen habitualmente las aseguradoras (art. 158 2º párrafo de la ley 20091).

Las exclusiones reseñadas son abusivas porque privan del derecho a cobrar la suma asegurada a los asegurados o a sus beneficiarios mediante cláusulas de exclusión de cobertura no previstas legalmente, que tiene por objeto y por efecto provocar un desequilibrio significativo entre los derechos y las obligaciones de las partes, en perjuicio de asegurados y beneficiarios dado que desnaturalizan las obligaciones de la aseguradora, imponiendo una renuncia del derecho de asegurados y beneficiarios a cobrar el capital asegurado, provocando un enriquecimiento ilícito a favor de la aseguradora y un serio perjuicio a los asegurados y beneficiarios.

También resulta atendible la crítica al artículo 136 primer párrafo de la ley de seguros cuando excluye de cobertura la muerte provocada por un acto ilícito del contratante, cuando este es contratante de un seguro de vida colectivo y no es beneficiario del seguro. Pues en ese caso no hay motivo alguno para privar a los beneficiarios designados por el asegurado o a sus herederos cobrar el capital asegurado.

Por ello, para erradicar la práctica ilegal de incorporar exclusiones de cobertura no previstas en la Ley de Seguros o previstas para seguros de daños patrimoniales y por otra parte adecuar el artículo 136 primer párrafo al fin del seguro de vida, el proyecto propone la modificación de éste último y agregar el artículo 137 bis por cual se prohíbe la inclusión de las cláusulas que contengan exclusiones de cobertura no previstas en la Ley de Seguros o previstas para seguros de daños patrimoniales.

V. Aplicación de cláusulas de “carencia con primas pagas”, y de “enfermedades preexistentes”

La cláusula de carencia con primas pagas es la estipulación por la cual la aseguradora no paga el capital asegurado en caso que el siniestro se produzca dentro de los primeros meses de vigencia del contrato. Este período varía entre uno y seis meses. Durante el mismo, la aseguradora igualmente cobra las primas del seguro, sin asumir obligación alguna.

En la cláusula de enfermedades preexistentes la aseguradora estipula:

a) un plazo de carencia de cobertura con primas pagas por un plazo que varía entre seis y doce meses a partir de la vigencia inicial de cada seguro individual incorporado al colectivo;

b) durante este plazo la aseguradora no paga la indemnización prometida cuando el fallecimiento o la invalidez del asegurado se produjera como consecuencia de una enfermedad preexistente a la fecha de vigencia inicial de su certificado individual de incorporación al seguro;

c) la cláusula define como enfermedad preexistente la que el asegurado padeciera, le haya sido diagnosticada o no, o por la que haya recibido tratamiento médico o acudido a consulta médica, con anterioridad a la vigencia inicial de su certificado de incorporación individual al seguro;

d) además, la enfermedad debe resultar desencadenante del proceso de fallecimiento o invalidez, ser su base o tener conexión principal con él.

Esta cláusula de enfermedades preexistentes es abusiva en los términos de los incisos a), b) y c) del artículo 37 de la Ley de Defensa del Consumidor, de los incisos a) y b) del art. 988 –aplicable por la remisión del art. 1117- y del artículo 1119, todos del Código Civil y Comercial.

La cláusula es abusiva porque impide al asegurado adherirse a un seguro de vida sobre bases ciertas en franca violación a ese derecho que le otorgan los artículos 5 a 10, 130 y 158 de la Ley de Seguros.

Estos artículos son de orden público dado que son inmodificables (artículos 5, 8 y 9) o sólo modificables a favor del asegurado (artículos 6, 7 y 130) de acuerdo con lo establecido en el artículo 158 de la Ley de Seguros.

Asimismo, los beneficiarios no pueden ser privados del cobro de la indemnización por aplicación de esta cláusula, dado su carácter abusivo.

Con la cláusula de enfermedades preexistentes las aseguradoras pretenden suplir el sistema de selección de riesgos previsto en nuestra Ley de Seguros (artículos 5 a 10 y 130).

En efecto, las aseguradoras tienen pleno derecho a conocer el riesgo que se proponen asumir y a rechazarlo si excede su criterio de asegurabilidad.

En los seguros de vida el riesgo está delimitado por la edad – fácilmente determinable– y el estado de salud del asegurado (sin perjuicio de otros factores coadyuvantes de menor relevancia como las actividades profesionales y deportivas de asegurado, etcétera). Una vez que las aseguradoras conocen el riesgo, pueden aceptarlo a una prima normal o con una “extra prima” o rechazarlo, sin estar obligadas en ningún caso a aceptarlo (artículo 4 de la Ley de Seguros), salvo si se trata de seguros obligatorios.

Los medios de los que se valen las aseguradoras para conocer el riesgo en los seguros de vida son varios. En los seguros colectivos de vida de empleados, a las aseguradoras les basta para aceptar el riesgo que el trabajador esté en “servicio activo” –es decir, en relación de trabajo sin gozar de licencia por enfermedad a la fecha de entrada en vigencia del seguro– y que solicite su adhesión al seguro dentro de los treinta días de incorporado al grupo asegurable. Si no cumple estos

requisitos, se le puede exigir que firme una declaración de salud, o revisarlo por un médico e, inclusive, someterlo a exámenes diagnósticos.

Ahora bien, si al asegurado se le solicita una declaración jurada de salud y no declara alguna enfermedad que sabe que tiene o miente sobre ella, el contrato se puede reajustar e inclusive anular si la aseguradora, conociendo el verdadero estado del riesgo, no lo hubiera aceptado y el contrato no pudiera reajustarse.

Esto es lo que establecen los artículos 5 a 10 y 130 de la Ley de Seguros. De esta manera, si un asegurado declara verazmente lo requerido, su contrato se habrá celebrado sobre bases firmes y no podrá ser luego desconocido.

Por ello, la jurisprudencia ha considerado que la cláusula de enfermedades preexistentes es *a todas luces ambigua y oscura* al crearle incertidumbre al asegurado, a quien la Ley 17418 trata de amparar garantizándole la concertación de su seguro sobre bases firmes. En consecuencia, la cláusula de enfermedades preexistentes contraría todo el esquema de la Ley 17418, que tiende a darle transparencia al contrato al momento de su celebración en función de la buena fe esencial que debe regir este tipo de relaciones jurídicas contratadas masivamente⁷.

⁷ La jurisprudencia ha dicho: *... cabe aclarar que la cláusula incorporada como suplemento 1 de la póliza [...] es a todas luces ambigua y oscura. Crea una incertidumbre al asegurado, a quien la ley 17418 trata de amparar, garantizándole la concertación de su seguro sobre bases firmes.*

La cláusula –de enfermedades preexistentes– la opone la entidad aseguradora [...] como una exclusión de cobertura; pero es evidente que estos casos –de no seguro– deben ser explícitos, particulares y no genéricos; no deben dejar al asegurado dudas acerca de si la concertación de su seguro es válida o puede eventualmente ser atacada de nula.

Para ello, la ley de Seguros creó el régimen de la reticencia, por el cual se obliga al asegurado a declarar al asegurador con veracidad el estado de su riesgo, a fin de que éste preste su consentimiento; y en los seguros de vida la ley busca en toda forma, en lo posible, mantener la vigencia del seguro, incluso imponiendo su reajuste en la hipótesis del artículo 6; y

En síntesis, la cláusula de enfermedades preexistentes es abusiva pues, como sistema de selección de riesgos, se opone a disposiciones inmodificables o sólo modificables a favor del asegurado que establece la Ley de Seguros.

También es abusiva la cláusula de carencia de cobertura con primas pagas porque le permite a la aseguradora cobrar el precio del seguro (prima) sin asumir ninguna obligación y esta conducta contraviene las siguientes disposiciones legales:

a) el artículo 726 del CCyC que establece que *no hay obligación sin causa, es decir, sin que derive de algún hecho idóneo para producirla, de conformidad con el ordenamiento jurídico.*

b) Constituye un enriquecimiento ilícito de la aseguradora, según lo dispone el artículo 1794 del CCyC que prescribe: *toda persona que sin una causa lícita se enriquezca a expensas de otro, está obligada, en la medida de su beneficio, a resarcir el detrimento patrimonial del empobrecido.*

c) Viola el carácter bilateral del contrato de seguro por el que *las partes se obligan recíprocamente la una hacia la otra* (art. 966 del CCyC): el asegurado a pagar la prima y la aseguradora a cubrir el riesgo y pagar la prestación en caso de siniestro (art. 1 LS). En el caso de la

asegurando su incontestabilidad en la del artículo 130. También en materia de agravación del riesgo, el artículo 132 expresa que sólo se debe denunciar la que obedezca a motivos específicamente previstos en el contrato.

Frente a ello, cabe llegar a la conclusión de que la cláusula prevista a que nos venimos refiriendo y en la que trata de prevalerse la aseguradora para no pagar el siniestro, contraría todo el esquema de la Ley de Seguros, que tiende a darle transparencia al contrato al momento de su celebración en función de la buena fe esencial que debe regir este tipo de relaciones jurídicas, contratadas masivamente. CNACom Sala B, "Ceballos, Ramón Arnaldo c/ La Meridional Cía. Argentina de Seguros SA s/ ordinario" del 30/08/91. En igual sentido: CNCom, Sala B, "Petenatti de Luciani Delia y otros c/ Plan Ovalo SA s/ ordinario" del 09/09/1991, El Derecho 02-02-93

cláusula que cuestionamos el asegurado está obligado a pagar la prima y la aseguradora no asume ninguna obligación.

d) Viola en carácter oneroso del contrato de seguro, pues el asegurado paga un precio sin recibir contraprestación alguna (art. 967 del CCyC y 1 de la LS).

Finalmente, si se consideran estas cláusulas como un supuesto de exclusión de cobertura o causal de exoneración, tampoco serían válidas porque no están previstas en los artículos 135, 136-1 y 137 de la Ley de Seguros.

También podemos calificar estas cláusulas como sorpresivas pues se conocen luego de producido el siniestro. De ahí deviene su carácter sorpresivo en los términos del artículo 988 inciso c) que establece que en los contratos de adhesión a cláusulas predispuestas *se deben tener por no escritas: c) las –cláusulas- que por su contenido, redacción o presentación, no son razonablemente previsibles.*

En conclusión, mediante estas cláusulas abusivas, las aseguradoras privan a los asegurados invalidados y a los beneficiarios del asegurado fallecido de las prestaciones previstas en el contrato por las que pagaron las primas respectivas y obtiene, como contrapartida, un enriquecimiento ilícito consistente en el capital asegurado no pagado.

VI. Falta de beneficiarios. Herencia vacante

Otra situación inequitativa se presenta cuando el asegurado no ha designado beneficiarios, ni tiene herederos o cuando éstos no se presentan a cobrar la suma asegurada. En estos casos la suma asegurada queda en poder del asegurador.

Esto es inequitativo porque el asegurador, al calcular las primas que le cobrarán a sus asegurados, no deducen los importes que eventualmente dejará de pagar por falta de beneficiarios.

La solución del derecho comparado es que la suma asegurada se asimile a un bien de una herencia vacante y tenga el mismo destino, cumpliendo así, al menos un fin social, que es el propósito de este instituto.

VII. Sanciones para la aseguradora

Finalmente el proyecto prevé en su artículo 6, la incorporación del art. 58 bis a la ley 20.091 que prevé sanciones para los aseguradores que incumplen las disposiciones tuitivas de esta ley.

VII. Conclusión

Como se advierte el proyecto solo innova en tres aspectos: sistema de comunicar a los beneficiarios la existencia del seguro, (art. 1 del Proyecto que modifica el art. 46 de la Ley de Seguros), precisión de la exclusión de cobertura del contratante que produce la muerte del asegurado (art. 2 del Proyecto que modifica el artículo 136 de la Ley de Seguros) y destino del capital asegurado en caso el artículo inexistencia de beneficiario (artículo 4 del proyecto que modifica el artículo 145 de la Ley de seguros).

Las restantes reformas propuestas en el proyecto son la ratificación de la doctrina de los juristas que elaboraron la Ley de Seguros y de la mejor jurisprudencia, sobre normas que ya fueron adecuadamente interpretadas por largo tiempo, hasta que fueron olvidadas por la actividad aseguradora.

PROYECTO⁸

ARTICULO 1. Sustituyese el artículo 46 de la Ley 17.418, por el siguiente:

⁸ En negrita se indican los textos incorporados a los artículos de la Ley 17.418

Denuncia

Art. 46. El tomador, o derechohabiente en su caso, comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo, **salvo para los seguros de personas que cubran el riesgo de muerte**. 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.

Seguros de personas que cubren el riesgo de muerte

En los seguros de personas que cubren el riesgo de muerte o estipulan la devolución del fondo de primas o el pago del valor de rescate o cualquier prestación o beneficio en caso de muerte del asegurado, el asegurador debe:

- a) **averiguar las personas aseguradas que han muerto;**
- b) **la averiguación la debe realizar mediante la compulsación del Registro de Defunciones que al efecto debe poner a disposición de las aseguradoras autorizadas a operar en seguros de personas el Registro Nacional de Personas. El Registro debe contener nombre, apellido y número de documento nacional de identidad de las personas muertas. Si el asegurador precisa más información para identificar la muerte de uno de sus asegurados, debe requerir la información específicamente referida a esa persona al Registro Nacional de las Personas.**
- c) **la averiguación debe ser realizada por el asegurador dentro de los dos meses siguientes al vencimiento de cada trimestre, contados a partir del 1 de enero de cada año; abarcará el período de 36 meses incluyendo el trimestre anterior a la averiguación;**
- d) **remitirle a los beneficiarios o herederos que no han denunciado el fallecimiento del asegurado, comunicación fehaciente informándoles sobre la existencia del seguro, la prestación**

estipulada, los beneficiarios designados, el nombre, domicilio, teléfono y horario de atención del asegurador, además de la información que establezca la reglamentación;

e) la comunicación fehaciente debe ser remitida a los beneficiarios designados, al último domicilio de éstos informado por el asegurado al asegurador y en su defecto al último domicilio del asegurado informado por este al asegurador. Si el asegurado no designó beneficiarios en forma expresa, la comunicación debe ser dirigida a “herederos” del asegurado, al último domicilio informado por el asegurado;

Sin perjuicio de ello, el beneficiario o cualquier tercero puede denunciar el acaecimiento del siniestro.

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.

Igual carga corresponde a los beneficiarios o herederos en los seguros de personas que cubren el riesgo de muerte o estipulan la devolución del fondo de primas o el pago del valor de rescate o cualquier prestación o beneficio en caso de muerte del asegurado.

Documentos. Exigencias prohibidas

El asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el asegurado. **En los seguros de personas que cubren el riesgo de muerte o estipulan la devolución del fondo de primas o el pago del valor de rescate o cualquier prestación o beneficio en caso de muerte del asegurado, los beneficiarios y herederos no se encuentran obligados a entregar al asegurador la historia clínica del asegurado, ni la causa penal labrada con motivo**

de su fallecimiento, ni informes elaborados por terceros como los médicos tratantes o asistentes del asegurado, ni ninguna otra documentación, si no estuvieren en su poder, pero sí a brindar la información necesaria para su individualización y la colaboración necesaria para su consulta.

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.

ARTICULO 2. Sustituyese el artículo 136 de la Ley 17.418, por el siguiente:

Muerte del tercero por el contratante

Art. 136. En el seguro sobre la vida de un tercero, el asegurador se libera si la muerte ha sido deliberadamente provocada por un acto ilícito del contratante, **salvo que se trata de un seguro de personas contratado colectivamente y el contratante fuera beneficiario, no para cubrir su responsabilidad civil conforme lo normado por el artículo 120 de la Ley de Seguros.**

Muerte del asegurado por el beneficiario

Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito.

ARTICULO 3. Incorporase el artículo 137 bis a la Ley de Seguros 17418, con el siguiente texto:

ARTICULO 137 bis. Las aseguradoras sólo podrán invocar las exclusiones de cobertura previstas en los artículos 135, 136 primera parte y 137 de esta ley.

ARTICULO 4. Sustituyese el artículo 145 de la Ley 17.418, por el siguiente:

Designación sin fijación de cuota parte

Art. 145. Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Designación de hijos

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el evento previsto.

Designación de herederos

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al contratante, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuir conforme a las cuotas hereditarias.

No designación o caducidad de esta

Cuando el contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a su cónyuge y a sus herederos.

Acreditación de la condición de herederos

Cuando el asegurado haya designado beneficiarios a sus herederos legitimarios o estos resulten beneficiarios por haberse tornado ineficaz o quedar sin efecto otra designación, los herederos legitimarios deben acreditar el vínculo con el asegurado mediante la presentación de las partidas correspondientes, pero no están obligados a presentar la declaratoria de herederos.

Falta de beneficiarios

En caso de no existir beneficiarios designados expresamente, ni cónyuge, ni herederos del asegurado que se presenten dentro de los 3 años de la muerte del asegurado, la prestación del asegurador se considerará como un bien de herencia vacante y se le dará el mismo tratamiento y destino.

Artículo 5. Sustituyese el artículo 152 de la Ley 17.418, por el siguiente:

Dolo o culpa grave del asegurado o beneficiario

Art. 152. El asegurador se libera, **solamente**, si el asegurado o el beneficiario provoca el accidente dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

ARTICULO 6. Incorporase como artículo 58 bis de la ley 20.091 el siguiente:

Artículo 58 bis: Cuando un asegurador infrinja las disposiciones que regulan los seguros de personas que cubren el riesgo de muerte o estipulan la devolución del fondo de primas o el pago del valor de rescate o cualquier prestación o beneficio en caso de muerte del asegurado previstas en los artículos 46, segundo y cuarto párrafo, 137 bis, 145, 5º y 6º párrafo y 152 de la Ley 17.418, será pasible de una multa equivalente a diez (10) veces el capital asegurado hasta un máximo de cinco millones de pesos (\$5.000.000) e inhabilitación para emitir pólizas de tres (3) a nueve (9) meses.