

TEXTO COMPLETO DE LA DEMANDA

PROMUEVEN ACCIÓN COLECTIVA

Señor Juez:

EDUARDO FEDERICO BAEZA, abogado inscripto en el Tomo 19, folio 529 de la Matrícula del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal (responsable inscripto frente al IVA), DNI 10310856, e mail: e.baeza@baeza.com.ar , constituyendo domicilio electrónico en 20103108560 y físico en la calle Carlos Pellegrini N° 27, Piso 8°, Oficina “B” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (zona 127) donde también lo hace mi letrado patrocinante **Luis Antonio Romiti**, abogado, inscripto en el T° 90 F° 713 de la Matrícula del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal (responsable inscripto frente al IVA), DNI 28447868, e mail: l.romiti@baeza.com.ar, constituyendo domicilio electrónico en 20284478682 ante V.S. me presento y respetuosamente digo:

-I-

PERSONERIA

Que como lo acredito con la copia del poder general judicial que adjunto, cuya fidelidad y vigencia declaro bajo juramento, soy apoderado de la **Asociación de Defensa del Asegurado** (en adelante ADA), CUIT: 30709820172.

Asimismo con la copia del estatuto adjunta acredito que la **Asociación de Defensa del Asegurado (ADA)**, es una asociación de consumidores con domicilio real en Carlos Pellegrini N° 27, Piso 8ª, Oficina “B” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

y se encuentra legalmente constituida y autorizada por la Inspección General de Justicia para funcionar con carácter de persona jurídica.

Además, ADA se encuentra inscripta en el Registro de Asociaciones de Consumidores del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires bajo el Nro. 27, tal como lo prueba la copia de la disposición DI-2014-1474-DGDYPC que acompaño.

En consecuencia, de acuerdo a lo dispuesto en los arts. 52, 54 y 55 de la ley 24.240 y en el art. 43 de la Constitución Nacional, ADA tiene legitimación activa para accionar en representación de los usuarios y consumidores afectados por incumplimientos de los proveedores.

-II-

EXORDIO

Que en el carácter invocado y en los términos de los artículos 43 de la Constitución Nacional y 52, 53, 54 y 55 de la ley 24.240 demando a **“CAJA DE SEGUROS S.A”** (en adelante La Caja) con domicilio en Fitz Roy ° 957, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-III-

SINTESIS DE LA DEMANDA

La Caja no entrega los certificados de incorporación ni los certificados de cobertura anual a sus asegurados por seguros de vida colectivos incumpliendo así lo establecido en el apartado 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

De esta manera impide a sus asegurados tener conocimiento del alcance de su seguro e inclusive de su misma existencia.

Esta situación creada por la propia aseguradora le permite no pagar o pagar en forma insuficiente los capitales asegurados de seguros colectivos de personas que cubren los riesgos de muerte, invalidez, accidentes personales, entre otros.

La contracara de esta práctica abusiva es que los beneficiarios de seguros de vida (generalmente viudas y huérfanos del asegurado fallecido) y los asegurados invalidados, no cobran la indemnización pactada o sólo una parte de ella.

Por ello, esta demanda tiene por objeto hacer cesar esta conducta abusiva y poner en conocimiento de todos los asegurados (a quienes no les entregó los certificados) la existencia y alcance del seguro contratado para que puedan ejercer sus derechos.

-IV-

OBJETO.

Esta demanda tiene por objeto que La Caja subsane el incumplimiento señalado y se la condene a que en un plazo de 90 (salvo cuando indico otro menor):

- 1) cese **inmediatamente** su conducta abusiva y envíe a todos sus asegurados por seguros de personas contratados colectivamente los certificados de incorporación e individuales de cobertura, dando cumplimiento a lo estipulado en el apartado 25.3. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (en

adelante RGAA). Ello conforme la medida cautelar que se peticiona en el incidente correspondiente;

2) envíe a todos sus asegurados por seguros de personas contratados colectivamente, en forma retroactiva y a partir del 1° de octubre de 1996, los certificados de incorporación, dando cumplimiento a lo estipulado en el punto 25.3. del RGAA;

3) envíe a todos sus asegurados por seguros de personas contratados colectivamente, en forma retroactiva y a partir del 1° de diciembre de 2008, certificados individuales de cobertura en cumplimiento a lo estipulado en el punto 25.3. del RGAA;

4) notifique en forma personal y fehaciente a todos los beneficiarios de sus asegurados fallecido a partir del 1 de octubre de 1996, a quienes en vida no se le hubieran enviado los certificados de incorporación o individuales de cobertura anual y no se les hubieran pagado el capital asegurado en forma íntegra, que tienen derecho a reclamarlo a La Caja, con sus intereses. También se incluya en la notificación que, en caso que resulte infructuoso el reclamo, que disponen de un plazo de 3 meses, a partir de la notificación, para iniciar la demanda judicial a tal fin. La Caja deberá realizar todas las diligencias necesarias para localizar a los beneficiarios y en caso de no hacerlo en 30 días, lo hará la Asociación Actora haciéndose cargo la demandada de los gastos que ello genere. Asimismo la notificación se hará con los recaudos que V.S. determine a fin de garantizar que la información que se suministre en la misma sea completa y veraz.

5) realice igual notificación que la indicada en el punto anterior a los asegurados inválidos;

6) de a publicidad la sentencia a su costo mediante la utilización del 50% de la cantidad de espacios publicitarios

utilizados en el año 2014 y en la misma proporción en cuanto a los tipos de medios empleados (publicidad televisiva, radial, por internet, grafica de todo tipo –diarios, cartelería, folletería-, etc.). Los textos deberán ser aprobados por V.S. en la etapa de ejecución de sentencia.

7) Informe a V.S. dentro de los 180 días de notificada la sentencia, el cumplimiento detallado de la misma, mediante la presentación de un informe firmado por su representante legal, debidamente auditado por auditor independiente y aprobado por el directorio y de un informe de la Comisión Fiscalizadora.

Asimismo, dicho informe deberá presentarlo cada 180 días por espacio de 10 años.

8) Por último solicito se condene a la demanda a pagar una multa civil por cada uno de los incumplimientos de entrega de certificados en los que haya incurrido. Pido que esta multa sea equivalente a 7 veces las indemnizaciones no pagadas total o parcialmente a los asegurados por incumplimiento de la entrega de certificados, dividido la cantidad de asegurados a quienes La Caja no les envió los certificados. Por cada incumplimiento la multa así calculada no podrá exceder de cinco millones de pesos por cada uno de los incumplimientos en que haya incurrido.

Destino de la multa civil

Pido que estos fondos sean destinados a la Fundación Hospital de Pediatría SAMIC Profesor Dr. Juan P Garrahan con domicilio en la calle Combate de los Pozos 1881, Piso 2, Ciudad Autónoma de Buenos Aires con destino a proveer del equipamiento que sea requerido por las autoridades del Hospital.

1. Proceso sumarísimo

Solicito se aplique a las presentes actuaciones el proceso sumarísimo por tratarse del reclamo de una asociación en defensa de consumidores (“ADA”) que actúa en representación de usuarios de seguro de personas contra el proveedor del servicio de seguros (La Caja). Ello con fundamento en el artículo 53 de la Ley de Defensa del Consumidor 24.240 que establece: *“En las causas iniciadas por el ejercicio de los derechos establecidos en esta ley regirán las normas del proceso de conocimiento más abreviado que rijan en la jurisdicción del tribunal ordinario competente, a menos que a pedido de parte el Juez por resolución fundada y basado en la complejidad de la pretensión, considere necesario un trámite de conocimiento más adecuado”*

Por aplicación de esta norma, la presente causa debe sustanciarse por las normas del proceso sumarísimo regulado en los arts. 498 y siguientes del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.

La causa es sumamente simple y requiere sólo de tres medios de prueba –confesional, 3 oficios y pericial contable con colaboración de un perito en informática- motivo por el cual no existe complejidad que amerite otro procedimiento.

Además, el incumplimiento que se pretende hacer cesar, afecta a personas que deben afrontar la contingencia de pérdida de su capacidad de ingresos por invalidez o muerte y que por ello deben ser acreedoras a la máxima diligencia e inmediatez judicial, para hacer cesar y evitar que continúen los perjuicios económicos a los asegurados y sus familias, con la consabida regresión social que trae aparejada.

HECHOS

1. Disposiciones legales incumplidas por La Caja

Como es sabido el seguro de vida colectivo es una modalidad de contratación de los seguros de personas mediante la cual se asegura por medio de un sólo contrato, el riesgo de muerte (y adicionalmente el de invalidez total y permanente) de un grupo de personas vinculadas entre sí por un interés distinto al de obtener el seguro y que tienen una relación común con la persona que lo contratará (contratante), (MORANDI, Juan Carlos Félix, *Estudios de Derecho de Seguros*, Ediciones Pannedille, Buenos Aires, 1971, Paginas 347 a 384).

En cuanto a su instrumentación las pólizas de seguro son emitidas por la aseguradora en un solo ejemplar que debe entregar al tomador o contratante del seguro, de acuerdo a lo establecido en la segunda parte del artículo 11 de la Ley 17.418 que dice: *“El asegurador entregará al tomador una póliza debidamente firmada, con redacción clara y fácilmente legible...”*. La directiva de este precepto es receptada por el primer párrafo del artículo 25 de la Ley 20091 que dice: *“El texto de las pólizas deberá ajustarse a los artículos 11, segunda parte, y 158 de la ley 17.418...”*

En los seguros de personas –como son los seguros de vida colectivos- la póliza debe ser nominativa (4º párrafo del artículo 13 de la Ley de Seguros).

Ahora bien, la adhesión a un seguro de vida colectivo es un acto personalísimo. Por ello se *requiere el consentimiento por*

escrito de la persona cuya vida se asegura (artículo 128 de la Ley de Seguros).

En cumplimiento de esta preceptiva legal la Superintendencia de Seguros de la Nación reglamentó la obligación de entregar a los asegurados por seguros de vida colectivos certificados de incorporación y de cobertura anuales en el Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

El Reglamento General de la Actividad Aseguradora (en adelante RGAA) fue aprobado por la Resolución General de la Superintendencia de Seguros de la Nación N° 21.523 en 1992. La Resolución General de la SSN N° 24.697 del 3 de marzo de 1996 que entró en vigencia el 1° de octubre de 1996, incorporó al RGAA la obligación de entregar los certificados de incorporación a los asegurados por seguros colectivos. La Resolución General de la SSN N° 33.463 del 24 de septiembre de 2008 incorporó al RGAA la obligación de entregar una vez al año los certificados individuales de cobertura. Esta resolución entró en vigencia a partir del 1 de diciembre de 2008. Finalmente, por Resolución General de la SSN N° 38.708 del 6 de noviembre de 2014, con entrada en vigencia a partir del 1 de diciembre de 2014, se aprobó un nuevo “Reglamento General de la Actividad Aseguradora (Reglamento de la Ley N° 20091)” que mantiene la redacción vigente sobre la emisión, registración y entrega de los certificados de incorporación e individuales de cobertura y agregó un sub apartado (el 25.3.9.) ampliando la obligación de entregar anualmente certificados de cobertura para los seguros de vida colectivos de deudores de préstamos personales, prendarios e hipotecarios

1.1. Obligación de entregar certificados de incorporación y de cobertura individual anual. Contenido de los mismos.

La primera disposición del apartado 25.3 del RGAA está dedicado a establecer la obligación de entregar los certificados y su contenido, en los siguientes términos:

25.3. CERTIFICADOS DE INCORPORACION

25.3.1. En las pólizas colectivas deberá entregarse, por cada bien o persona asegurada, un "Certificado de Incorporación" que contendrá como mínimo los siguientes datos, sin perjuicio de los requeridos en función del riesgo cubierto:

- a) Número de Póliza.*
- b) Número de Certificado Individual de Cobertura.*
- c) Fecha de emisión.*
- d) Fechas de inicio y fin de la cobertura.*
- e) Nombre, CUIT, CUIL o DNI y domicilio del Asegurado y/o Tomador consignado en la póliza colectiva.*
- f) Nombre, CUIT, CUIL o DNI del Asegurado — individual—.*
- g) Riesgos cubiertos por cobertura.*
- h) Suma asegurada por cobertura (o base de cálculo para los seguros de Vida Colectivo).*
- i) Franquicias para cada cobertura, en caso de corresponder.*
- j) Carencias para cada cobertura, en caso de corresponder.*
- k) Beneficiarios designados (seguros de personas), en caso de corresponder.*
- l) Premio total correspondiente al bien o persona en cuestión (excepto en los seguros de Vida).*

Cada "Certificado de Incorporación" deberá numerarse en forma cronológica como un endoso de la póliza respectiva...

En este mismo apartado la reglamentación exige que, en los certificados correspondientes a seguros de vida colectivos, se incluya esta leyenda:

[...]

"COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro."

Para los Seguros de Personas, en caso de corresponder, se deberá incluir, además, el siguiente párrafo: "SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad."

1.2. Registración de los certificados

Asimismo el RGAA establece que los certificados de incorporación, además de *numerarse en forma cronológica como un endoso de la póliza respectiva*, deben registrarse en los libros de la aseguradora:

25.3.2. Los "Certificados de Incorporación" deberán asentarse en los libros de "EMISION Y ANULACION", dentro de los plazos contemplados en las normas vigentes.

A opción de las aseguradoras, y previa autorización de esta autoridad de control, podrán utilizarse otros sistemas de

registración que, dentro de tales plazos, permitan obtener los datos requeridos en el punto 25.3.1.

1.3. Certificados de seguros de vida colectivo de deudores

La reglamentación continúa enunciando los requisitos particulares de los certificados para cada tipo de seguro de vida colectivo, comenzando con los seguros de vida colectivos de deudores:

25.3.3. En los "Seguros Colectivos de Vida contratados por Bancos u otras entidades financieras, cubriendo saldos deudores en cuentas corrientes como consecuencias de giros en descubierto (previamente autorizados o no), anticipos en cuentas corrientes, tarjetas de crédito o compra y otras formas de créditos", las entidades aseguradoras podrán optar entre:

a) Extender un certificado individual a cada asegurado,
o

b) Convenir con el contratante que se comuniqué al asegurado la existencia del seguro, consignando en el resumen de cuenta la siguiente información: entidad aseguradora, número de póliza, riesgos cubiertos, capitales máximos, capital asegurado (aclarar que será el mínimo convenido por el contratante con el asegurado y el que figure en la póliza como máximo), la edad máxima de permanencia en el seguro y, en caso de existir cotitulares, alcance de la cobertura para cada uno de ellos.

Se aclara que, de optarse por el punto b), la aseguradora será responsable por dicha información, no pudiendo delegarse la responsabilidad al tercero (Banco u otra entidad financiera).

Frecuencia de envío del certificado o información, según cada opción:

a) Anual.

b) La correspondiente al resumen de cuenta, no pudiendo ser inferior a dos (2) veces al año.

En cuanto corresponda, deberá darse cumplimiento a lo estipulado en los puntos 26.1.13. y 26.1.14.

25.3.4. Para los "Seguros Colectivos de Vida contratados por Bancos u otras entidades financieras, cubriendo saldos impagos de préstamos (personales, hipotecarios, prendarios o quirografarios), para el caso de muerte y —en su caso— la invalidez del deudor; o contratados por entidades de ahorro con fines predeterminados (círculos cerrados) cubriendo la muerte y —en su caso— la invalidez del suscriptor, de modo que producido el evento cubierto se libere su obligación de continuar pagando las cuotas si el bien objeto del contrato ya le ha sido adjudicado o, en caso contrario, otorgarle el derecho a participar con carácter preferencial en la adjudicación del bien sin pago ulterior de cuotas", las aseguradoras deberán extender el Certificado Individual por única vez al momento del otorgamiento del préstamo, siempre que se mantengan las condiciones contractuales. En caso de un cambio en las mismas, se deberá emitir nuevamente el Certificado Individual con las modificaciones pertinentes.

En cuanto corresponda, deberá darse cumplimiento a lo estipulado en los puntos 26.1.13. y 26.1.14.

Completa esta regulación el nuevo apartado 25.3.9. del RGAA introducido por la Resolución General de la SSN 38.709, que dice:

25.3.9 *En los Seguros Colectivos de Saldo Deudor por Préstamos Prendarios, Hipotecarios y Personales, además de los requisitos establecidos en el presente punto la aseguradora debe incluir en los certificados individuales los siguientes datos:*

a) Personas aseguradas. En caso de ser varios los asegurados bajo el mismo préstamo, deben figurar todos en el mismo certificado con indicación del porcentaje de su participación en el capital asegurado

b) Tasa de premio, desagregada por coberturas, y recargo de prima por agravación del riesgo, este último de corresponder;

c) Exclusiones por cobertura y enfermedades preexistentes, en caso de corresponder estas últimas;

d) Aseguradora, domicilio y teléfono;

e) Edad máxima de permanencia por cobertura.

1.4. Certificados de seguros de vida colectivo de trabajadores y de grupos abiertos

Finalmente la reglamentación establece los plazos y modalidades con que las aseguradoras deben remitir los certificados de incorporación e individuales anuales en los restantes tipos de seguros de vida colectivos, es decir aquellos contratados voluntaria u obligatoriamente para empleados de un mismo empleador u organización gremial y para los integrantes de los llamados grupos abiertos, en los siguientes términos:

25.3.5. *Para los "Seguros Colectivos de Vida cubriendo obligaciones legales (contratos de trabajo, seguros obligatorios exigidos por convenciones colectivas de trabajo y similares)", las entidades aseguradoras podrán:*

a) *Extender un Certificado Individual al menos una vez al año.*

b) *En los casos de empresas que emitan recibos de haberes computarizados, se podrá convenir con el Contratante que se informe la existencia del seguro al Asegurado, consignando en el recibo de sueldo la siguiente información: entidad aseguradora, número de póliza, riesgos cubiertos, artículo del convenio de trabajo donde conste la obligación del seguro. Esta información tendrá una frecuencia mensual.*

Se aclara que, de optarse por el punto b) la aseguradora será responsable por dicha información, no pudiendo delegarse la misma al tercero (Contratante).

25.3.6. *Para los "Seguros Colectivos y/o Accidentes Personales contratados por el empleador para su personal en relación de dependencia, sean de adhesión voluntaria u obligatoria, contributivos o no", las aseguradoras deberán extender un Certificado Individual una vez al año.*

25.3.7. *Para los "Seguros Colectivos Abiertos, contratados por entidades preexistentes constituidas con otra intención que la de obtener el seguro, siempre que comprendan obligatoriamente a todas las personas que satisfagan los requisitos de asegurabilidad indicados en la póliza", las aseguradoras deberán extender un Certificado Individual una vez al año.*

25.3.8. *Para los seguros colectivos de vida o accidentes personales de asistentes a espectáculos o justas deportivas sólo deberá dejarse constancia en el comprobante de ingreso de la existencia del seguro, entidad aseguradora y, en su caso, norma que lo exige*

2. Incumplimiento de la demandada

La aseguradora demandada no cumple estas disposiciones desde que se las incorporaron al Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Como dijimos, la obligación de entregar certificados de incorporación a los seguros colectivos se estableció por Resolución General SSN N° 24.697 del 3 de marzo de 1996 que entró en vigencia el 1° de octubre de 1996 y la obligación de entregar anualmente los certificados individuales fue introducida por Resolución General SSN N° 33.463 del 24 de septiembre de 2008 que entró en vigencia el 1 de diciembre de 2008. Ambas obligaciones se mantienen en la actual redacción del Reglamento General de la Actividad Aseguradora aprobado por Resolución General de la SSN N° 38.708 del 6 de noviembre de 2014 con vigencia a partir del 1 de diciembre de 2014.

Además de legal, esta obligación es contractual, pues La Caja se obliga en las condiciones generales de la póliza a entregar los certificados mencionados.

En síntesis, la aseguradora no ha cumplido la obligación de entregar los certificados de incorporación desde que se hizo exigible el 1 de octubre de 1996, ni los certificados individuales anuales desde que se establecieron como obligatorios a partir del 1 de diciembre de 2008. Los sucesivos incumplimientos anuales han interrumpido la prescripción, motivo por el cual deviene procedente el reclamo desde la fecha en que comenzaron, conforme el artículo 50 de la Ley 24.240.

Al no entregar a los asegurados el certificado de incorporación al seguro, la aseguradora ha obrado de mala fe.

Según el artículo 1198 del Código Civil, los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe. Se ha dicho en este sentido que: *“El contrato genera el deber de cumplir la obligación, y ésta, el deber de cumplir la prestación, la cual constituye un plan prestacional, un programa o proyecto de la conducta futura del deudor...”*

Hay, por lo pronto, deberes primarios de prestación, que corresponde a la figura de que se trate (por ejemplo en la compraventa, son deberes primarios de prestación entregar la cosa y pagar el precio). Junto a ellos existen deberes secundarios de conducta, que los contratantes también están precisados a cumplir.

*Estos deberes secundarios son ‘manifestaciones de la buena fe’...”*¹

Luego el autor citado, explica que *“Ciertos deberes secundarios tienen fuente legal, y resultan de disposiciones propias de los contratos especiales”*²

En el caso, los deberes primarios de prestación son el pago de las primas por parte de los asegurados y el pago de las sumas convenidas por parte de la compañía de seguros, si ocurre el siniestro previsto en la póliza.

La aseguradora tiene también un deber secundario, que ha incumplido, cual es entregar los certificados de incorporación y de cobertura individual establecido en la legislación ya citada, que resulta imprescindible para que los asegurados (o los beneficiarios designados por este si fuere el caso) puedan ejercer los derechos.

De lo expuesto se infiere que para considerar de buena fe el obrar de la aseguradora, es necesario que la compañía brinde

¹ Alterini Atilio Anibal, “Contratos”, Ed. Abeledo – Perrot, Buenos Aires, 1998, página 62.

² Alterini, Ob. Cit., página 63

la información pertinente para que los asegurados ejerzan los derechos que surgen del contrato.

Sin embargo, la compañía de seguros demandada ha incumplido esta obligación, y lejos de brindar la información necesaria para el ejercicio de los derechos, la ha ocultado obteniendo (como se acreditará en autos) enormes beneficios por no haber pagado los siniestros ocurridos o por pagarlos en forma parcial.

Además el incumplimiento de la demanda implica una clara violación al derecho de información consagrado en el artículo 4° de la Ley de Defensa del Consumidor y constituye una práctica abusiva en los términos del artículo 37 inciso b) de la misma ley, pues aunque es una práctica y no una cláusula contractual, el efecto es el igualmente abusivo, toda vez que importa la restricción del derecho de los asegurados a conocer la extensión, e inclusive la existencia misma del seguro, en violación a las normas citadas.

3. Perjuicios que causa este incumplimiento a los asegurados

La casuística en la que la ADA ha tenido ocasión de intervenir, demuestra el grave perjuicio que el incumplimiento de la aseguradora causa a sus clientes, y el correlativo enriquecimiento sin causa de la empresa. Propongo a V. S. algunos de esos casos reales.

3.1. Falta de designación de beneficiarios

Un empleado de comercio adhirió al seguro de vida colectivo voluntario establecido en la convención colectiva de trabajo de su gremio. Ya antes, en su seguro obligatorio, había designado beneficiaria a su mujer. Pero en el voluntario, solo figuraba la mención genérica de “herederos legales”.

Cuando falleció, dejó dos hijos: una niña de 6 años y otro por nacer con 5 meses de gestación, además de dos hijos mayores habidos en un matrimonio anterior. La madre solicitó la indemnización prevista, y se le indicó que debía aportar la declaratoria de herederos. Es decir, que emplazada en la situación de emergencia económica que el seguro debía paliar, se le exigía iniciar –a este solo fin- el juicio sucesorio, acreditar en el mismo la filiación del “nasciturus”, y actuar en beneficio de los hijos mayores con los cuales el asegurado ya no tenía trato al momento de su muerte.

Cuando ADA investigó la causa de la omisión que tan desastroso efecto tenía para el cobro del seguro, el productor que había mediado en el contrato explicó textualmente que “...esta póliza salió con ‘herederos legales’ para todos”: a nadie se le había pedido que designara beneficiario al completar la solicitud y luego se optó por el menos engorroso arbitrio de insertar la consabida designación genérica

Si la aseguradora, en cambio, le hubiera enviado el certificado de incorporación y los sucesivos certificados individuales anuales, el asegurado habría tenido la oportunidad de conocer esta designación “estándar” de “herederos legales” y la leyenda: *"SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad."*

Así hubiera podido suplir la negligencia del productor de seguros y presumiblemente designar a la madre de sus hijos menores, como lo había hecho en el seguro obligatorio.

Gracias a su insistencia y la colaboración de ADA, la señora pudo cobrar el capital asegurado pero recién un año después del fallecimiento de su esposo, sin intereses ni ningún tipo de compensación.

En otro caso se trató de un enfermero, soltero, que se había adherido al seguro de vida colectivo contratado por su empleador, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires , el 23 de marzo de 2003.

Designó entonces como beneficiaria a su sobrina, pero al producirse un cambio de aseguradora, la nueva empresa omitió consignar esa designación o solicitar una nueva. Ni la primera ni la segunda aseguradora enviaron los certificados de incorporación ni los individuales de cobertura.

El trabajador falleció el 10 de febrero de 2011. La aseguradora desconoció a la beneficiaria –su sobrina-, designada en el seguro contratado al inicio de la relación.

Por otro lado, al único heredero forzoso del asegurado (su padre de 75 años) le exigió el trámite del sucesorio, aún a pesar de que tanto la sobrina beneficiaria, como el padre único heredero prestaron su consentimiento por escrito para que el pago se realizara a cualquiera de ellos.

Solo en diciembre de 2013, luego de dos años de reclamos y mediaciones, la sobrina y el padre del asegurado, recibieron el devaluado capital.

Tampoco aquí los inconvenientes para los beneficiarios, se habrían producido si las aseguradoras hubieran enviado los certificados de incorporación y los individuales anuales.

3.2. Ignorancia de los riesgos y personas cubiertas

Otro perjuicio que causa el incumplimiento al que nos estamos refiriendo es que el asegurado ignora realmente, no sólo los riesgos cubiertos, sino también las personas aseguradas.

En una reciente consulta que atendió ADA, un trabajador metalúrgico informó que al ingresar a su empleo, se había adherido al seguro de vida colectivo contratado por su empleador. A los 3 años el empleador cambió de aseguradora, con la cual pasaron otros tres años sin que recibiera el certificado de incorporación ni los individuales anuales.

Un nuevo cambio de aseguradora trajo una novedad: el trabajador fue consultado sobre si deseaba seguir asegurando a su esposa. El trabajador se asombró, porque nunca supo que su esposa había estado asegurada y porque ella había muerto tres años antes en un accidente de tránsito.

La novedad le llegaba tarde: cuando reclamó la indemnización ante la aseguradora que amparaba a su cónyuge, esta alegó la prescripción de su obligación.

Sólo le quedaba sumarse a la extensa lista de beneficiarios que han tenido que reclamar judicialmente lo que la aseguradora les ha negado arteramente y esperar tal vez 4 o 5 años para cobrar la indemnización.

3.3. Desconocimiento de la falta de aceptación de la solicitud de seguro

En otra consulta que atendió ADA un trabajador municipal adhirió al seguro de vida colectivo contratado por su sindicato. El capital asegurado era de 20 sueldos.

El trabajador se adhirió al seguro el 13 de julio de 2011 completando verazmente la declaración de salud. Ese mismo día el sindicato contratante le envió el alta a la aseguradora.

Desde julio de 2011 le descontaron las primas del seguro de sus haberes.

En octubre de 2013 cesó la relación laboral porque el trabajador se invalidó en forma total y permanente y comenzó a cobrar la jubilación por invalidez.

En noviembre del 2013 el asegurado denunció el siniestro a la aseguradora y esta le contestó que no estaba asegurado. Ante los reclamos del trabajador, el 3 de febrero de 2014, la aseguradora se rectifica informándole al trabajador que su incorporación al seguro se había realizado el 28 de junio de 2013 (es decir dos años después de su efectiva incorporación). Pero esta rectificación de nada le sirvió al empleado, pues la aseguradora también alegó falsamente que su invalidez se había producido antes de la aceptación de la solicitud de seguro e igualmente le negó el pago.

Si la aseguradora le hubiera enviado al trabajador el certificado de incorporación al seguro cuando comenzaron a descontarle las primas de sus haberes de julio de 2011 y los dos certificados individuales correspondientes a 2012 y 2013, no hubiera tenido la posibilidad de crear excusas pueriles (como lo hizo) para no pagarle a su asegurado.

3.4.Falta de conocimiento de la reducción del capital asegurado

ADA también atendió dos consultas en las cuales los asegurados se habían adherido a un seguro colectivo con la promesa de recibir, en caso de siniestro, un capital asegurado de

20 sueldos, pero al momento de percibirlo se encontraron con la sorpresa que se hallaba reducido a la mitad o menos.

Esta es una de las tipologías más habituales de los perjuicios que causa la falta de entrega de certificados de cobertura.

En el primero caso, el trabajador municipal al que nos referimos en el punto anterior, también se adhirió a un seguro de vida colectivo contratado por la municipalidad empleadora. Se adhirió en el año 2005 y constaba en la solicitud firmada por él y el representante de la aseguradora un capital asegurado de 20 sueldos.

Cuando el trabajador se invalidó en forma total y permanente en octubre de 2013, tenía un sueldo de \$11.000,00. Por consiguiente el capital asegurado equivalente a 20 sueldos era de \$220.000.

Sin embargo, cuando se invalidó, la aseguradora le pagó sólo \$60.000, alegando que los 20 sueldos prometidos tenían un “capital asegurado máximo” de \$60.000.

Como la aseguradora jamás le envió durante 11 años ni el certificado de incorporación ni los certificados individuales de cobertura anuales, el trabajador nunca supo, ni pudo reclamar por la abrupta disminución de su capital asegurado.

De esta manera, la aseguradora, con el fin de captar potenciales asegurados les promete el pago de 20 o 25 sueldos en caso de producirse el siniestro. Luego, reduce unilateralmente el capital asegurado sin informarle al asegurado tal reducción, lo que debería hacer mediante los certificados de cobertura anuales que debería enviar al asegurado. Tampoco lo hace por ningún otro medio.

Al producirse el siniestro, de invalidez en este caso, el asegurado se encontró sorpresivamente con un tope a su capital asegurado de \$ 60.000, cuando el contratado era el múltiplo de 20 sueldos de \$11.000, es decir \$220.000.

Otro caso que atendió ADA fue el de un trabajador de una industria automotriz que el 3 de abril de 2008 adhirió al seguro de vida colectivo contratado por su empleador con un capital asegurado equivalente a 25 sueldos.

Jamás la aseguradora le envió el certificado de incorporación al seguro ni los certificados de cobertura anuales.

El 4 de agosto de 2013, a los 37 años, el trabajador falleció súbitamente. La beneficiaria designada era la esposa del trabajador, que no tenía un trabajo remunerado, pues se dedicaba a la atención de los hijos comunes de siete y nueve años.

Cuando la viuda reclamó, la aseguradora no le pagó y ante sus insistentes reclamos le informó que la suma asegurada no era de 20 sueldos, sino la mitad de esa suma, pues no se computaban para el cálculo del sueldo los rubros horas extras que el asegurado trabajaba habitualmente.

Es decir, la falta de entrega de los certificados y la desinformación que ello le causó a la beneficiaria, son los medios de los que se valió la aseguradora para no pagar.

Casos reales

Los casos descriptos son reales. Tienen nombre y apellido. Se trata de gente común, que trabaja, que construye sus proyectos familiares, que con los pocos ingresos que tienen sólo pueden aspirar a la previsión que les da un seguro colectivo, por si la muerte o la invalidez antes de jubilarse truncan su vida y sus proyectos.

Son personas que se preocupan por el futuro de su familia. Por eso aceptan el amparo de un seguro. Para ello se adhieren al seguro colectivo y pagan las primas que les cobran las aseguradoras. Por eso creen que ellos o quienes dependen de ellos van a contar con el dinero suficiente, no para reemplazar los ingresos que van a dejar de percibir, pero al menos con el dinero suficiente para acomodarse a la nueva situación.

Pero no, las expectativas por las cuales se aseguraron no se cumplen al momento de la muerte o de la invalidez.

Cecilia Spadafora se llama la viuda que, con un hijo de 6 años y embarazada de 5 meses, tuvo que reclamar un año para cobrar 47.000 devaluados pesos del seguro de su esposo fallecido. **Atilio Segundo L.** es el nombre del señor de 75 años que debió reclamar dos años el pago del seguro de su hijo. **Diego Alejandro P.**, viudo, padre de una hija menor, es el trabajador metalúrgico que pagó un seguro colectivo adicional para su cónyuge sin haber sido informado de la existencia de esa cobertura. Al momento de conocerla, su esposa había fallecido hacía tres años y le negaron el pago del seguro por prescripción. Los reclamos de Prez fueron infructuosos y tal vez dentro de 4 o 5 años pueda cobrar el devaluado capital asegurado, si gana el juicio que tuvo que iniciar. **Luis Alberto D.** es el trabajador municipal que se adhirió a dos seguros colectivos: el contratado por su sindicato y el contratado por su empleador. Cuando se invalidó, la suma de ambos capitales asegurados era de 440.000 pesos. Sólo cobró 60.000. Reclama judicialmente por los otros 380.000. **Griselda G.**, es la viuda del trabajador mecánico, con sus hijos de 7 y 9 años, que debe reclamar judicialmente el pago de los 25 sueldos que la aseguradora de su empleador no le paga.

Todas estas personas contaron con el asesoramiento especializado que les permitió cobrar y cuando no, seguir su reclamo judicialmente.

Pero estos casos son casos aislados. En la gran mayoría, las personas abrumadas por la muerte del cónyuge o por la invalidez que padece, ante la falta de información sobre su seguro (deliberadamente vedada por la falta de entrega de los certificados) y los injustificados e incumplibles requerimientos de la aseguradora, finalmente desisten del reclamo. De esta manera podremos leer en las memorias anuales de las aseguradoras que “ha mejorado significativamente la siniestralidad en el curso de este año”.

3.5. Desconocimiento de la existencia del seguro.

Hasta ahora tratamos los casos donde los asegurados han tenido algún grado de conocimiento del seguro.

Pero, entre los graves perjuicios que causa la aseguradora al no entregar los certificados de cobertura, podemos mencionar el que le resulta más redituable: dificultar el conocimiento de la existencia del seguro.

El seguro de vida colectivo es siempre accesorio a un empleo o la toma de un préstamo.

Por ejemplo, nadie se imagina a un padre de familia que entra a su casa y dice alborozado: “tengo un seguro para cuando me muera”. Pero si nos representamos a esa persona entrando a su casa diciendo con alegría que tiene un trabajo o que consiguió el préstamo para comprar una heladera, un auto o una casa; sin mencionar que con el trabajo o el crédito ha quedado asegurado, porque el seguro es accesorio a otra operación principal.

Es decir, el seguro de muerte, como la muerte misma no es un tema muy comunicado en el seno de una familia.

Si el trabajador se invalida es muy probable que sus compañeros, los delegados sindicales o su empleador le informe del seguro. En cambio, luego que un trabajador fallece su viuda busca entre los papeles del difunto los recibos de sueldo para llevarlos a la Anses y preguntar como obtiene la pensión. Entre esos recibos de sueldo deberían estar los certificados de incorporación al seguro y los certificados individuales de cobertura anuales. Pero no están, porque la aseguradora nunca se los entregó al trabajador. Por ello el seguro es ignorado por quien debería cobrarlo.

De esta manera la aseguradora impide que los beneficiarios conozcan la existencia del seguro para que, en caso de fallecimiento del asegurado no llegue a conocimiento de los beneficiarios la existencia del seguro.

3.6. Desconocimiento de los alcances del seguros de vida colectivos de deudores

Los apartados 25.3.3. 25.3.4. y ahora el 25.3.9. establecen la obligación de las aseguradoras de emitir y enviar a sus asegurados los certificados correspondientes a los seguros de vida colectivos de deudores a los que se hubieran adherido. Las aseguradoras pueden acordar con las entidades crediticias que el certificado pueda ser reemplazado con un texto similar en los resúmenes de cuentas que estas entidades envían a sus clientes, pero haciéndose responsables del eventual incumplimiento por parte de las entidades crediticias contratantes del seguro.

Como es ampliamente conocido, la operatoria de los seguros de vida colectivos de deudores implica (salvo raras excepciones) un medio para que las entidades crediticias obtengan un enriquecimiento ilícito a costa de sus clientes. Las aseguradoras suelen ser partícipes de esta maniobra.

La maniobra ilícita consiste en que la entidad crediticia les cobra a sus clientes el seguro a un precio exorbitantemente más alto que el de mercado. Este sobreprecio ilícito del seguro finalmente queda en poder de la entidad crediticia mediante la utilización de medios igualmente irregulares.

Como la mayor parte del precio del seguro queda en poder de la entidad crediticia, la aseguradora debe afrontar los siniestros con la escasa parte de la prima que le queda.

Por ello hace todo lo posible para no pagar el saldo de deuda al momento de la muerte o invalidez del deudor asegurado.

Uno de los medios que utiliza para tal fin es no entregar los certificados de cobertura. Esta tarea se la delega a la entidad crediticia, quien a su vez no cumple con la obligación de incluir en los resúmenes de cuenta toda la información requerida en la reglamentación.

Es decir ni las aseguradoras, ni las entidades a quienes la aseguradora les delega esta obligación legal (bancos, financieras, administradoras de planes de ahorro o emisoras de tarjetas de crédito) brindan a sus clientes toda la información que prescribe la reglamentación.

4. Beneficios que obtiene la aseguradora

Los beneficios que obtiene la aseguradora por este incumplimiento, es la contrapartida de los perjuicios que le causa a sus asegurados.

Lisa y llanamente consisten en la falta de pago o pago insuficiente y extemporáneo de los capitales asegurados por los que cobró las primas.

Sería muy inocente –a la luz de los hechos relatados– que el motivo de la omisión de la aseguradora sea el simple “ahorro” de envíos postales.

Es cierto que el envío de estos certificados por medios postales con aviso de entrega implicaría un costo alto en relación a las primas que se cobran en un seguro de vida colectivo.

Pero existe una forma mucho más barata que la aseguradora conoce y que consiste en enviar todos los certificados al empleador contratante una vez por año para que este, bajo recibo en una copia, los entregue a los empleados asegurados cuando van a retirar los recibos de sueldo o cualquier otro trámite en la oficina de personal.

Con esta modalidad el costo es prácticamente nulo y esto, por supuesto no lo ignora la aseguradora.

En los seguros de vida colectivos de deudores, el procedimiento es mucho más simple, porque el certificado se puede suplir con una leyenda que coloca la entidad financiera en el resumen de cuentas. Por consiguiente, la única tarea de la aseguradora es brindarle el texto que la entidad financiera debe consignar en los resúmenes y verificar su inclusión y envío.

Por ello, el real motivo de la omisión es no pagar o pagar lo menos posible, incumpliendo un contrato de seguro de personas.

No importa que la indemnización que deba cobrar el trabajador o sus derechohabientes sea de carácter alimentario y que por ello este seguro esté exento de IVA. Nada importa, sólo el lucro a costa de viudas, huérfanos e inválidos. Y no hablo de filantropía, sino de honrar un contrato oneroso, de pagar por lo que se cobró.

Con los adelantos tecnológicos existentes desde hace tantos años nos preguntamos ¿porqué la aseguradora –que teóricamente es una prestadora de servicios- no ha ideado un sistema para conocer quiénes de sus asegurados han muerto y enviarles una carta a sus beneficiarios?. ¿No sería este un servicio elemental que debería prestar una aseguradora que opera en seguros de personas para cumplir su deber de información?

Podemos preguntarnos ¿hay recursos técnicos para hacerlo?, ¿su costo es excesivo?. Hay recursos y su costo es muy reducido.

Con la informatización del Registro Nacional de las Personas, este organismo cuenta con información de todas la defunciones que ocurren en el país en un plazo no mayor a los 6 meses de producidas. La aseguradora, con los recaudos del caso, podría cruzar su base de asegurados con la de defunciones del ReNaPer y obtener la información de los asegurados que fallecieron. Igual medida podrán adoptar consultando a la Anses a cuales de sus asegurados se le otorgó la prestación de invalidez total y permanente.

Con esta información podrían comunicarse con los beneficiarios y asegurados inválidos para liquidar prontamente el siniestro.

Pero el ordenamiento legal no le pide ni siquiera esa pequeña tarea, le pide menos todavía, que envíe los certificados y no lo hace.

-VI-

LO RECLAMADO

1. Cumplimiento de la obligación legal reglamentada de entregar certificados

Lo que esta Asociación reclama es que La Caja cese de incumplir con una obligación legal y contractual, que tiene por finalidad dar a conocer la existencia y términos de un contrato de seguro de personas, cuyos destinatarios, en su mayoría, son los trabajadores, para quienes el seguro colectivo constituye una de las pocas formas de previsión para sus familias ante las contingencias de muerte o invalidez total y permanente.

Por ello y a fin de evitar que se sigan produciendo los perjuicios como los reseñados esta Asociación solicita, que con carácter previo a todo trámite, se intime a la demanda a que de cumplimiento a la obligación de enviar a todos sus actuales asegurados por seguros de personas contratados colectivamente los certificados de incorporación e individuales anuales de cobertura, de acuerdo a los establecido en el apartado 25.3. del RGAA).

Asimismo se le otorgue un plazo de 15 días para que acredite el cumplimiento del envío de los certificados de incorporación e individuales de cobertura. Tal acreditación deberá efectuarse mediante un informe firmado por el representante legal de la aseguradora, debidamente auditado por auditor independiente y aprobado por el directorio, como así también un informe de la Comisión Fiscalizadora, bajo apercibimiento, en caso de silencio o incumplimiento, de la aplicación de una astreinte de \$100.000 por día.

Todo ello conforme la medida cautelar que se solicita en el en respectivo incidente.

2. Cumplimiento retroactivo de la obligación legal reglamentada de entregar certificados

Para reparar los perjuicios ocasionados por este incumplimiento en el pasado, la Asociación que represento solicita que se condene a La Caja a dar cumplimiento retroactivamente a la obligación de enviar los certificados de incorporación e individuales a todos sus asegurados por seguro de personas contratados colectivamente, con respecto a quienes no se les envió.

Por ello mi parte solicita se condene a La Caja:

- a) envíe a todos sus asegurados por seguros de personas contratados colectivamente, en forma retroactiva y a partir del 1° de octubre de 1996, los certificados de incorporación dando cumplimiento a lo estipulado en el punto 25.3. del RGAA;
- b) envíe a todos sus asegurados por seguros de personas contratados colectivamente, en forma retroactiva y a partir del 1° de diciembre de 2008, certificados individuales anuales de cobertura en cumplimiento a lo estipulado en el punto 25.3. del RGAA;

3. Notificación personal a los beneficiarios de asegurados fallecidos y asegurados invalidados. En los casos en los que no se han entregado los certificados y se ha producido la muerte o la invalidez del asegurado, es necesaria una notificación personal para que el beneficiario o el asegurado inválido, pueda realizar el reclamo de su indemnización. Por ello ADA solicita se condene a La Caja a que:

- a) notifique en forma personal y fehaciente a todos los beneficiarios de sus asegurados fallecido a partir del 1 de octubre de 1996, a quienes en vida no se le hubieran enviado los certificados de incorporación o individuales de cobertura anual y no se les hubieran pagado el capital asegurado en forma íntegra, que tienen derecho a reclamarlo a La Caja, con sus intereses y en caso que resulte infructuoso el reclamo que disponen de un plazo de 3

meses, a partir de la notificación, para iniciar la demanda judicial a tal fin (artículo 3980 del Código Civil). La notificación se hará con los recaudos que V.S. determine a fin de garantizar que la información que se suministre en la notificación sea completa y veraz.

b) realice igual notificación que la indicada en el punto anterior a los asegurados inválidos a quienes no se le hubieran enviado los certificados de incorporación o individuales de cobertura anual y no se les hubiera pagado el capital asegurado en forma íntegra.

4. Publicidad de la sentencia

La publicidad de la sentencia servirá para que cualquier afectado por el incumplimiento de La Caja pueda efectuar el reclamo correspondientes y además para informar a los contratantes y usuarios de estos seguros sobre la trascendencia de los certificados de incorporación y cobertura individual.

Por ello ADA solicita se dé a publicidad la sentencia a costa de la demandada mediante la utilización del 50% de la cantidad de espacios publicitarios utilizados en el año 2014 y en la misma proporción en cuanto a los tipos de medios empleados (publicidad televisiva, radial, por internet, grafica de todo tipo – diarios, cartelería, folletería-, etc). Los textos deberán ser aprobados por V.S. en la etapa de ejecución de sentencia.

5. Control de cumplimiento de la sentencia

ADA requiere que la demanda sea condenada a informar a V.S. el cumplimiento detallado de la sentencia cada 180 días y por el término de 10 años, mediante la presentación de un informe firmado por su representante legal, debidamente auditado por auditor independiente y aprobado por el directorio y de un informe de la Comisión Fiscalizadora.

Ello deviene necesario a fin de evitar la reiteración de los incumplimientos como los que son objeto de esta demanda.

6. Multa civil

También la Asociación que represento solicita se aplique a La Caja la *multa civil* prevista en el artículo 52 bis de la Ley de Defensa del Consumidor N° 24.240 que la establece “...*al proveedor que no cumpla sus obligaciones legales y contractuales con el consumidor.*”

Este supuesto se verifica en el caso, pues La Caja no ha cumplido su obligación de entregar los certificados de incorporación e individuales a sus asegurados por seguros colectivos.

Por ello no cabe duda que corresponde en el caso la aplicación de la multa civil solicitada.

En cuanto a su monto, el artículo 52 bis de la Ley N° 24240 establece que “...*se graduará en función de la gravedad del hecho y demás circunstancias del caso...*”

La gravedad del incumplimiento es patente, pues La Caja se sustrae a sus obligaciones legales y contractuales para que sus asegurados por seguros colectivos ignoren los alcances de su cobertura e inclusive, la existencia misma del seguro, a fin de evitar que le reclamen las prestaciones por las que han pagado primas.

Dicho en otras palabras, la gravedad del incumplimiento radica en que La Caja se sustrae deliberadamente de su obligación de entregar los certificados a fin de obtener un enriquecimiento ilícito para ella, en perjuicio de inválidos y beneficiarios de un seguro de vida colectivo.

También la gravedad del incumplimiento está en estricta relación con la extensión del mismo.

No es de la misma magnitud un incumplimiento aislado que solo comprenda un caso o un número limitado de casos, que un incumplimiento hacia la totalidad o gran parte de los clientes.

Un incumplimiento organizado como “política de la empresa” tendiente a ocultar información a sus clientes y obtener de ellos un enriquecimiento ilícito es el supuesto típico de culpa (o dolo) lucrativa.

Por ello la multa civil debe graduarse en función de la extensión de ese incumplimiento, porque su finalidad es persuadir al proveedor para que no incumpla nuevamente sus obligaciones legales y convencionales.

La extensión del incumplimiento se puede medir, en función de esta finalidad, por el lucro indebido obtenido por el perjuicio causado a los usuarios.

Por lo expuesto solicito se condene a la demanda a pagar una multa civil por cada uno de los incumplimientos de entrega de certificados en los que haya incurrido. Pido que esta multa sea equivalente a 7 veces las indemnizaciones no pagadas total o parcialmente a los asegurados por incumplimiento de la entrega de certificados, dividido la cantidad de asegurados a quienes La Caja no les envió los certificados. Por cada incumplimiento la multa así calculada no podrá exceder de cinco millones de pesos.

De esta manera la multa civil será proporcional a la extensión del grave incumplimiento.

Destino de la multa civil

Pido que estos fondos sean destinados a la Fundación Hospital de Pediatría SAMIC Profesor Dr. Juan P Garrahan con domicilio en la calle Combate de los Pozos 1881, Piso 2, Ciudad

Autónoma de Buenos Aires con destino a proveer del equipamiento que sea requerido por las autoridades del Hospital.

-VII-

EL DERECHO

Fundo el derecho de mi mandante en el artículo 42 de la Constitución Nacional, Ley de Seguros 17.418, Ley de la Actividad Aseguradora y su control 20.091 y su reglamentación, en las restantes disposiciones del Código de Comercio, el Código Civil y Ley de Defensa del Consumidor 24.240, jurisprudencia y doctrina citada y aplicable al caso.

-VIII-

PRUEBA

Ofrezco los siguientes medios de prueba que hacen al derecho de mi parte:

1. Confesional

Se cite al representante legal de la demandada a que absuelva posiciones a tenor del pliego que oportunamente se agregará. Me reservo desde ya la facultad prevista en el artículo 415 del código procesal.

2. Informativa

Pido se libre oficio a:

2.1. Registro Nacional de las Personas (ReNaPer) a fin de que informe:

a) que características técnicas y contenido tiene que tener una base de datos de personas (por ejemplo información como nombre y apellido, documento de identidad, etc.) para poder ser

entrecruzada con la información de personas fallecidas que tenga el ReNaPer a partir del 1 de octubre de 1996 y hasta la fecha en que se haga efectiva la medida cautelar que se solicitará para que cese el incumplimiento o la sentencia definitiva firme;

b) cual es procedimiento que el ReNaPer requiere para efectuar tal entrecruzamiento.

Asimismo, se le requerirá, bajo la modalidad que V.S. considere más conveniente de acuerdo a lo informado por el ReNaPer, el entrecruzamiento de la base de datos de los asegurados de La Caja que confeccione el perito en informática, con la base de datos de personas que hayan fallecido que tenga el ReNaPer en el período antes indicado.

2.2. Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) a fin de que informe:

a) que características técnicas y contenido tiene que tener una base de datos de personas (por ejemplo información como nombre y apellido, documento de identidad, etc.) para poder ser entrecruzada con la información de personas invalidas en forma total y permanente que tenga la ANSES a partir del 1 de octubre de 1996 y hasta la fecha en que se haga efectiva la medida cautelar que se solicitará o la sentencia definitiva firme;

b) cual es procedimiento que la ANSeS requiere para efectuar tal entrecruzamiento.

Asimismo, se le requerirá, bajo la modalidad que V.S. considere más conveniente de acuerdo a lo informado por la ANSeS, el entrecruzamiento de la base de datos de los asegurados de La Caja que confeccione el perito en informática, con la base de datos de personas a quienes se les haya reconocido el derecho a la

prestación de invalidez total y permanente que tenga la ANSeS en el período antes indicado.

2.3. A la Superintendencia de Seguros de la Nación

a fin de que remita la información estadística completa y con la máxima desagregación que posea, referida a la cantidad de pólizas y asegurados individuales de seguros de vida colectivos comprendidos en el punto 24.3. del RGAA de La Caja de Seguros S.A. desde el año 1996 inclusive hasta la fecha en que se haga efectiva la medida cautelar que se solicitará para que cese el incumplimiento o la sentencia definitiva firme.

2.4. Informativa en subsidio

Para el caso de que la demandada cuestionaran la personería o legitimación de mi parte, solicito que se orden librar los siguientes oficios:

a) A la Inspección General de Justicia a fin de que informe si la Asociación civil **Asociación de Defensa del Asegurado (ADA)**, con domicilio real en Carlos Pellegrini N° 27, Piso 8°, "B", de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se encuentra legalmente constituida y autorizada por la Inspección General de Justicia para funcionar con carácter de persona jurídica.

b) Al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a fin de que informe si **Asociación de Defensa del Asegurado (ADA)** se encuentra inscripta en el Registro de Asociaciones de Consumidores de la Ciudad de Buenos Aires con el Registro N° 27.

3. Prueba pericial

Solicito se designe perito licenciado en informática y contador, únicos y de oficio. Ambos actuarán conjuntamente aportando a la pericia sus conocimientos dentro de las áreas de sus respectivas incumbencias.

Solicito que todas las comprobaciones se realicen en el período comprendido entre el 1° de octubre de 1996 (fecha a partir de la cual se estableció la exigencia de enviar certificados de incorporación) hasta la fecha en que se haga efectiva la medida cautelar que se solicitará par que cese el incumplimiento o quede firme la sentencia definitiva.

Los puntos de pericia son:

a) Los peritos examinarán los libros, registros, sistemas contables computarizados, la documentación que respalde sus asientos y cuanta otra documentación tenga La Caja en su poder y sea necesaria para contestar los puntos de pericia (como las carpetas de siniestros, planes de seguro aprobados por la SSN, etc.). Los describirá e indicará si los mismos son llevados en legal forma.

b) Confeccionarán un listado en soporte magnético de todos los asegurados por seguros colectivos³ de La Caja. Este listado deberá contener el nombre, apellido, documento de identidad, domicilio, fechas de inicio y finalización de la cobertura individual y beneficiarios designados. Además este listado deberá tener las características y contenido necesario para entrecruzar esta información con la que tenga el ReNaPer y la ANSeS.

c) Del listado individualizarán los asegurados respecto a los cuales no haya constancia de haberse registrado los certificados de incorporación o cualquiera de los certificados

³ Cuando en este ofrecimiento digo "asegurados por seguros colectivos", me estoy refiriendo a las personas aseguradas por seguros de personas contratados colectivamente de los tipos indicados en apartado 25.3 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora (RGAA).

individuales anuales en el libro de “Emisión y anulación” o en cualquier otro sistema de registración autorizado por la Superintendencia de Seguros de la Nación, de acuerdo al apartado 25.3.2. del RGAA.

d) Del listado individualizarán también los asegurados respecto a los cuales no haya constancia de recepción del certificado de incorporación o cualquiera de los certificados individuales anuales (este punto de pericia tiene la finalidad de identificar los asegurados a quienes no se les envió los certificados para enviarles el certificado en forma retroactiva).

e) Realizarán el entrecruzamiento del listado de los asegurados respecto a los cuales no haya constancia de recepción del certificado de incorporación o cualquiera de los certificados individuales anuales con las bases de datos de ReNaPer y Anses e individualizarán a los asegurados fallecidos e invalidados en forma total y permanente. La participación de los peritos en el entrecruzamiento del listado y las bases de datos de ReNaPer y Anses estará determinada por V.S. en relación a lo informado por ambas reparticiones una vez contestados los oficios.

f) Examinarán los libros de siniestros con respecto a los asegurados individualizados en el punto anterior, las respectivas carpetas de siniestros y a su vez individualizará: i) beneficiarios y asegurados que no reclamaron el pago del capital asegurado e importe de cada capital asegurado; ii) beneficiarios y asegurados que denunciaron el siniestro pero no cobraron el capital asegurado, importe de cada capital asegurado y motivo de falta de pago; iii) beneficiarios y asegurados con capitales asegurados pactados en múltiplo de sueldo a quienes se les hubieran pagado una suma inferior al múltiplo de sueldos, indicando la causa y el monto;

3.1. Consultor técnico de parte.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 458, último párrafo, del código de rito, designo como consultor técnico de parte a la Contadora Pública Nacional, Dra. María Elvira Francou de Siniscalchi, con domicilio en Viamonte N° 611, Piso 5ª, Of. A, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Desde ya se solicita que en momento oportuno se notifique por cédula a la consultora técnica de mi parte el lugar, fecha y hora de realización de la prueba pericial ofrecida en este Capítulo a fin de asistir a las diligencias periciales.

4. Obligación de La Caja de aportar pruebas y dar la colaboración necesaria para esclarecer la cuestión debatida en autos.

El artículo 53 de la Ley de Defensa del Consumidor, según la actual redacción dispone en tercer párrafo que *“Los proveedores deberán aportar al proceso todos los elementos de prueba que obren en su poder, conforme a las características del bien o servicio, prestando la colaboración necesaria para el esclarecimiento de la cuestión debatida en el juicio”*.

En este caso todos los hechos invocados por mi parte surgen de los libros, registros, sistemas contables computarizados, documentación que respalde sus asientos y constancias y cuanta otra tenga en su poder y sea necesaria para dilucidar los hechos controvertidos como las carpetas de siniestros, planes de seguro aprobados por la SSN, etc.

Por consiguiente y de acuerdo al artículo 53 de la Ley de Defensa del Consumidor, La Caja deberá poner a disposición de los peritos toda la documentación que le requieran los peritos de oficio y de parte brindando la colaboración necesaria, en forma

diligente, para realizar las pericias dentro del plazo probatorio fijado para este proceso.

En numerosas acciones colectivas hemos visto que los proveedores se niegan sistemáticamente a poner a disposición de los peritos la documentación necesaria para realizar la pericia, demorando con injustificables pretextos varios años el curso del proceso con el único propósito de dilatar una sentencia que saben adversa y entre tanto seguir lucrando con la conducta abusiva por la que son juzgados.

En virtud de lo expuesto, solicito a V.S. que haga expresa aplicación del artículo 53 de la Ley 24.240 y en oportunidad de proveer la prueba ordene que La Caja, en un plazo de diez días exhiba los libros, registros, sistemas contables informatizados, documentación que respalde sus asientos y cuanta otra tenga en su poder y sea necesaria para dilucidar los hechos controvertidos, bajo apercibimiento, en caso de incumplimiento, de tener por cierto lo hechos expuestos en la demanda.

Ello sin perjuicio de las medidas necesarias (allanamiento y secuestro de documentación, designación de interventores, etc.) que sean necesarias para la posterior ejecución de la sentencia.

-IX-

BENEFICIO DE JUSTICIA GRATUITA

La Ley de Defensa del Consumidor N° 24.240 – Texto Según Ley N° 26.361- establece en el cuarto párrafo del artículo 53 que *“Las actuaciones judiciales que se inicien de conformidad con la presente ley en razón de un*

derecho o interés individual gozarán del beneficio de justicia gratuita”

En el mismo sentido el artículo 55 segundo párrafo de la misma ley: prescribe: *“Las acciones judiciales de defensa de intereses de incidencia colectiva cuentan con el beneficio de justicia gratuita”*

El fundamento de estas normas es facilitar el acceso a la justicia de los usuario que se encuentran en una situación desigual frente al proveedor, máxime en este caso, donde los usuarios del servicio de seguro son personas que han sufrido una grave contingencia, como la muerte o la invalidez total, objeto del seguro y que deben reclamar por el incumplimiento de la aseguradora. Dicho en otras palabras, los reclamantes por el incumplimiento del proveedor son inválidos, viuda y huérfanos como en los casos que vimos.

Como es sabido, la desatención de estas contingencias aumenta el desamparo de quienes la padecen, con la consiguiente regresión social.

Hasta ahora la jurisprudencia ha dado distinto alcance al *beneficio de justicia gratuita*. Algunos fallos entendieron que sólo exime el pago de la tasa de justicia; otros entendieron que se asimila al beneficio de litigar sin gastos de nuestro ordenamiento procesal.

En este último sentido se había expedido, entre otras la Sala F de la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, en el “Unión de Usuarios y Consumidores c/Banco Macro S.A. s/ sumarísimo” donde dijo: *“La remoción de obstáculos de orden patrimonial para la promoción de reclamos por el consumidor con base en la*

relación de consumo se erige, entonces, en principio básico de la legislación protectoria. Este criterio ha sido sostenido por la colega Sala C, que consideró que el beneficio de justicia gratuita debe ser interpretado en sentido amplio, comparando tal instituto con el beneficio de litigar sin gastos, con los alcances que el Código de rito le adjudica en los arts. 83 y 84, comprensivos tanto del pago de impuestos y sellados de actuación como de las costas del proceso (in re: ‘Damnificados Asociación Civil para su Defensa c/Banco Río de la Plata S.A. s/Beneficio de litigar sin gastos’, del 09/03/10)”

También se ha dicho que: “conteste con la amplitud conceptual brindada en el decurso de la presente, esta Sala tuvo oportunidad de dejar sentado que la promoción del incidente que prevé el ordenamiento procesal en su art. 78 y ss. no resulta necesaria para conceder la franquicia pretendida por la accionante, por cuanto las disposiciones de los arts. 53 y 55 LDC no remiten al ordenamiento procesal que rija en el lugar de tramitación del proceso, sino que se ciñen a conferir la gratuidad, sin otro aditamento ni exigencia (cfr. in re: 29/06/10, ‘San Miguel Martin Héctor y otros c/Caja de Seguros SA s/ordinario’; Íd. 09/11/10, ‘Roldán de Bonifacio Elizabeth Teresita c/Fiat Auto SA de Ahorro p/fines determinados y otros s/ordinario’).”

La Corte Suprema de Justicia de la Nación zanjó esta diferencia en un reciente falle del 30 de diciembre de 2014, donde ha asimilado el concepto de beneficio de justicia gratuita con beneficio de litigar sin gastos.

En efecto en el Expediente SJ 10/2013 (49-U) Unión de Usuarios y Consumidores c/ Nuevo, Banco de Entre Ríos S.A. s/ ordinario, la Corte dijo:

1º) Que la recurrente pretende la reposición de la sentencia dictada a fs. 462 en lo atinente a la imposición de las costas.

2º) Que si bien como regla las sentencias de esta Corte no son susceptibles de recursos de reconsideración, revocatoria o de nulidad, cabe hacer excepción a ese principio cuando se trata de situaciones serias o inequívocas que demuestran con nitidez manifiesta el error que se pretende subsanar (Fallos: 310:858; 315:1431; 318:2329 y 325:3380, entre muchos otros). Así sucede en autos respecto de las circunstancias expuestas por la parte actora en su recurso de fs. 466/466 vta.

3º) Que, en efecto, en el fallo del 11 de febrero de 2014 se omitió valorar que en el caso resultaba plenamente aplicable el art. 55, último párrafo de la ley 24.240, en cuanto otorga a las acciones judiciales iniciadas en defensa de intereses de incidencia colectiva el beneficio de justicia gratuita.

Por ello, se hace lugar al recurso de reposición interpuesto a fs. 466/466 vta., se deja sin efecto lo resuelto en materia de costas en la sentencia de fs. 462, disponiéndose que en virtud de lo previsto en el artículo 55, último párrafo de la ley 24.240, no corresponde en el caso imponer las costas a la parte actora vencida. Notifíquese y devuélvase. ELENA I. HIGHTON de NOLASCO. JUAN CARLOS MAQUEDA. E. RAUL ZAFFARONI”.

Así, la doctrina de la Corte Suprema nos permite concluir en forma indubitable que el beneficio de justicia gratuita contemplado en las normas de referencia comprenden a exención del pago no solo a la tasa de justicia, sino a los restantes gastos del proceso.

Atento a ello, se solicita se dé curso a las presentes actuaciones eximiendo a mi parte del pago de la tasa de justicia, los demás gastos judiciales y de la promoción del beneficio de litigar sin gastos.

-X-

EXIMISION DE MEDIACION PREVIA.

Solicito que se exima a mi parte de realizar el trámite de mediación previa establecido en la Ley N° 24.589 en concordancia con lo establecido por el artículo 54 de la Ley de Defensa del Consumidor N° 24.240, modificado por la Ley 26.361.

En efecto, la Ley de Mediación y Conciliación N° 26.589 tiene por objeto establecer *“con carácter obligatorio la mediación previa a todo proceso judicial, la que se regirá por las disposiciones de la presente ley. Este procedimiento promoverá la comunicación directa entre las partes para la solución extrajudicial de la controversia”*.

Sin embargo este procedimiento no se puede aplicar en las acciones colectivas de consumo, toda vez que el artículo 54 de la LDC establece que: *“Para arribar a un acuerdo conciliatorio o transacción, deberá correrse vista previa al Ministerio Público Fiscal, salvo que éste sea el propio actor de la acción de incidencia colectiva, con el objeto de que se expida respecto de la adecuada consideración de los intereses de los consumidores o usuarios afectados”*. Además esta norma prescribe que *“la homologación requerirá de auto fundado”*. Ambos requisitos no están contemplados y por ello son impracticables en un procedimiento de mediación.

Por ello, si bien las acciones colectivas de consumo no están excluidas expresamente de la Ley de Mediación y Conciliación, resulta impracticable alcanzar la finalidad por la cual se estableció el procedimiento de mediación, debido a las exigencias que requiere el artículo 54 de la Ley de Defensa del Consumidor, que vedan absolutamente la posibilidad de arribar a un acuerdo extrajudicial en este tipo de acciones.

Se ha dicho respecto a esta cuestión que *“...la mediación previa a todo juicio importa un prerequisite necesario para acceder a la administración de justicia, dado el carácter obligatorio con el que fue instituida por el art. 1 de la ley 24573. Asimismo, destacase que no ha estado en la intención del legislador facultar a los jueces a valorar posibles exenciones a la obligatoriedad de dicha etapa a todo juicio, distintas de las que contiene el art. 2 de la normativa citada (Adla, LV-E, 5894), pero ello no implica cercenar el deber de interpretar las situaciones concretas cuando el supuesto de hecho traído a decisión no se encuentra previsto normativamente. Así, siendo que la Unión de Usuarios y Consumidores accionó por ciertos conceptos en defensa de los intereses de usuarios del servicio prestado por el Banco del Chubut SA y sus consecuencias se extenderán – en el supuesto de prosperar la demanda – indiscriminadamente a todos los consumidores alcanzados por dichos conceptos cuestionados, cabe precisar que el alcance de la materia propuesta a juzgamiento en cuanto persigue la protección de intereses colectivos no es susceptible de aquella conciliación... (conf. CNCom., Sala C, 7/12/2004 en autos: ‘Dirección General de Defensa del Consumidor GCBA c/ Banco Río de la Plata SA s/ Sumarísimo’). En razón de ello, se exime al accionante de cumplimentar con la mediación previa. Así se decide”* (Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 18 Secretaría N° 36 “Unión de Usuarios y Consumidores c/ Banco del

Chubut SA s/ Ordinario”, Expediente n° 52870 resolución de fecha 3/10/2008)

Haciendo propios los motivos expuestos en el análogo caso, solicito se exima a mi parte de realizar el proceso de mediación previa respecto de la demandada indicada *ut – supra*.

-XI-

AUTORIZACIÓN.

Quedan autorizados a compulsar el expediente, retirar y diligenciar cédulas, oficios, exhortos y/o mandamientos, practicar desgloses, retirar copias de traslado y efectuar cualquier otro trámite que sea inherente a estas actuaciones al Sr. Fernando Ariel Rodriguez y a los Dres Lucas Cuello, Lidia S. Ferreyra, Ana Sproviero, Liliana Rey, Silvia B. Velazco y/o quienes estos designen.

-XII-

RESERVA DEL CASO FEDERAL.

Formulo expresa reserva de plantear el caso federal para el supuesto improbable de que las instancias ordinarias no acogieran la presente acción colectiva deducida formal o sustancialmente, conforme a las prescripciones del art. 14 de la ley 48, a fin de articular oportunamente el recurso extraordinario ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, por violación en forma directa de los arts. 14, 17, 18, 42, 43 y 75 inc. 22 de la Carta Magna.

-XIII-

ACORDADA N° 32/2014 DE LA CORTE SUPREMA DE

JUSTICIA DE LA NACIÓN

Mediante la Acordada N° 32 de fecha 1 de octubre de 2014, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, creó el Registro Público de Procesos Colectivos radicados por ante los tribunales del Poder Judicial de la Nación, y estableció el reglamento aplicable a las etapas de registración de los procesos alcanzados por la norma citada.

En este sentido, en el punto 3 del reglamento, nuestro Máximo Tribunal dispuso lo siguiente: *“La obligación de proporcionar la información de que se trata corresponde al tribunal de radicación de la causa, que procederá a efectuar la comunicación pertinente tras haber dictado la resolución que considera formalmente admisible la acción colectiva; identifica en forma precisa el colectivo involucrado en el caso; reconoce la identidad del representante y establece el procedimiento para garantizar la adecuada notificación de todas aquellas personas que pudieran tener un interés en el resultado del litigio”.*

A continuación, en el punto 4 del cuerpo legal citado, la CSJN dispuso: *“La comunicación se llevará a cabo por vía electrónica en el sitio especialmente habilitado para ello, y contendrá la siguiente información:*

- a. Nombres y domicilio de las partes y de los letrados intervinientes;*
- b. Identificación de la clase involucrada en el caso colectivo mediante una descripción sucinta, clara y precisa;*

c. Identificación del objeto de la pretensión, mediante descripción sucinta, clara y precisa del bien colectivo de que se trata o, en caso de intereses individuales, de la causa fáctica o normativa homogénea y del elemento colectivo que sustenta el reclamo;

d. Que se ha dado intervención al Ministerio Público Fiscal en virtud de lo previsto en los artículos 25, inciso a y 41, de la ley 24.946, identificándose la unidad interviniente y el carácter en el cual la Fiscalía participa en el proceso;

e. Copia de la resolución a que hace referencia el punto 3 del presente Reglamento”

Si bien de acuerdo a lo dispuesto en el punto 3 del Reglamento, la obligación de dar cumplimiento a la manda de la Corte Suprema de Justicia de la Nación recae sobre V.S., mi mandante entiende que en virtud de los principios de celeridad procesal, tiene el deber de exponer los datos requeridos por el Reglamento que razonablemente, a la fecha de presentación de la demanda, pueden ser proporcionados por mi parte.

En este sentido, es innegable que mi parte puede colaborar con V.S. en la formulación de los datos requeridos por la Acordada N° 32/2014, y también es innegable que dicha colaboración se encuentra condicionada por la etapa en la cual mi parte proporciona la información, con las limitaciones que ello genera. En este orden, por ejemplo, no podrá brindar información vinculada a los letrados que intervendrán en defensa de la demandada, etcétera.

Con la salvedad efectuada en los párrafos

precedentes, mi parte acompaña a la presente una planilla con información vinculada a la demanda, que resulta requerida al Juzgado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la Acordada identificada más arriba, solicitando sea considerada por V.S. y proporcionada oportunamente de estimarlo pertinente al Registro de Proceso Colectivos.

-VIX-

COMPETENCIA

V.S. resulta competente para entender en estas actuaciones en razón de la materia por el indiscutible carácter mercantil del instituto que se controvierte (un contrato de seguro de vida colectivo de deudores) y de la actividad que cumple la demandada en el marco de la relación de consumo (artículo 8, inciso 6 del Código de Comercio).

-XV-

PETITORIO.

En virtud de lo expuesto a V.S. solicito:

a) Me tenga por presentado, por parte, por constituido el domicilio procesal indicado y por ofrecida la prueba,

b) antes de correr traslado de la demanda, solicito se ordene vista de las presentes actuaciones al Ministerio Público Fiscal, conforme a lo normado por el art. 52 de la ley 24.240 y a los efectos previstos en el punto 4.g del Reglamento aprobado mediante la Acordada N° 32/2014 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a fin de que se expida sobre, la aplicación al caso del proceso sumarísimo, el contenido de la demanda, el ofrecimiento

de prueba, pedido de beneficio de gratuidad, eximición de mediación previa, y proceda a suplir posibles omisiones que contribuyan al progreso de la acción.

c) se imprima a las presentes actuaciones el proceso de juicio sumarísimo,

d) se conceda a mi parte el beneficio de litigar sin gastos,

e) se exima a mi parte de realizar el proceso de mediación previa,

f) se tenga presente las autorizaciones conferidas,

g) se tenga presente la reserva del caso federal

h) se tenga presente lo manifestado sobre la Acordada 32/2014 de la CSJN y se agregue la planilla adjunta a los efectos que V.S. disponga;;

i) Oportunamente se haga lugar a la demanda en todos sus partes con expresa imposición de costas.

Proveer de conformidad.

Será Justicia.

OTRO SI DIGO:

EDUARDO FEDERICO BAEZA, abogado inscripto en el Tomo 19, folio 529 de la Matrícula del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal (responsable inscripto frente al IVA), por derecho propio, con domicilio electrónico en

20103108560 y fisico en la calle Carlos Pellegrini N° 27, Piso 8°,
Oficina "B" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a V.S.
respetuosamente digo:

Que los honorarios que eventualmente sean regulados
a mi favor por la labor de letrado apoderado los cedo (deducidos los
impuestos que los graven) a ADA Asociación de Defensa del
Asegurado.

Téngase presente para su oportunidad que

SERA JUSTICIA