

**Expte. 70.621/05 - "A., F. F. c/Banco Hipotecario S.A. y otro s/ordinario" – CNCOM – SALA B** **28/04/2009**

En Buenos Aires, a los 28 días del mes de abril de dos mil nueve, reunidos los señores jueces de Cámara en la Sala de Acuerdos -integrada del modo que resulta de las Resoluciones 261/06 y 261/07 del Consejo de la Magistratura y de los Acuerdos del 15-6-06 y del 1-6-07 de esta Cámara-, fueron traídos para conocer los autos seguidos por "A., F. F." contra "BANCO HIPOTECARIO S.A. Y OTRO" sobre ORDINARIO, en los que al practicarse la desinsaculación que ordena el art. 268 del Código Procesal, resultó que debían votar en el siguiente orden: Doctores Piaggi, Bargalló. La Dra. Díaz Cordero no interviene por hallarse en uso de licencia (art. 109, RJN))./-

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

¿Es arreglada a derecho la sentencia apelada?

La señora Juez de Cámara Doctora Piaggi dijo:

#### I. ANTECEDENTES FACTICIALES DEL PROCESO

##### 1. La demanda

1.1. El 28-12-05 (fs. 117/125) F. F. A. demandó a Banco Hipotecario S.A. y a B.H.N. Seguros (éste último desistido a fs. 1268), a fin de que se los condene al pago de \$ 61.466,68 (pesos sesenta y un mil cuatrocientos sesenta y seis con sesenta y ocho centavos), en concepto de: i) reintegro de cuotas abonadas y cancelación de las pendientes de pago, \$ 41.466,68;; y, ii) daño moral, \$ 20.000,00; y/o lo que en más resulte de la prueba a producirse, e intereses.-

hechos

**Relató que juntamente con su esposa, celebraron con el banco codemandado el 7-8-01: a) un mutuo con garantía hipotecaria que "sería destinado a la compra de un inmueble... única vivienda propia de los contrayentes,,"; b) en ese mismo acto y con el acreedor hipotecario como asegurador, suscribieron un seguro de vida que cubría el riesgo de muerte de ambos deudores "con efecto cancelatorio de la deuda por el saldo de capital a vencer que se registre al momento del siniestro".-**  
Sostuvo que: c) luego de la firma de la escritura por la que se otorgara conjuntamente el crédito y el "seguro de vida correlativo", el codemandado les hizo firmar las declaraciones de salud "que formaban parte de la solicitud del seguro de vida contratado"; y, d) su cónyuge gozaba de perfecta salud hasta el 2003, en que debió ser intervenida quirúrgicamente, falleciendo (por mala praxis) el 18-6-04.-

1.2. Afirmó que aún en medio del dolor y a fin de aliviar su situación económica, inmediatamente informó al acreedor hipotecario "la muerte de su esposa a efectos de obtener la cancelación del saldo remanente del crédito hipotecario adeudado", habiéndosele respondido por carta del 23-6-04, que para continuar con el trámite del siniestro debería remitir cierta documentación original, lo que cumplió oportunamente. Sin embargo, el banco demandado rechazó el siniestro aduciendo reticencia, porque su esposa omitió denunciar que en 1989 se le diagnosticó "artritis reumatoidea poliarticular" y, que había sido intervenida quirúrgicamente a fin de realizarle un reemplazo

bilateral de cadera, hechos que, "de haber sido declarados oportunamente hubieran modificado las condiciones de su asegurabilidad".-

En mérito a ello, afirmó que: i) la "omisión fue... motivada por la propia ignorancia y el desconocimiento de la asegurada en la forma de completar el formulario sobre declaración de salud"; ii) "el formulario se halla impreso y predispuesto con... lenguaje técnico y confuso para una persona leiga en la materia"; iii) "esas circunstancias... llevaron a la asegurada a omitir involuntariamente señalar la dolencia sufrida doce años antes de la firma del contrato" de seguro; iv) la aseguradora no () puede invocar reticencia porque no hubo ocultamiento, ya que no existe "vinculación... entre el único problema de salud... y la causa de su muerte"; y, v) su invocación es extemporánea, pues el contrato asegurativo se celebró el 7-8-01 y la reticencia fue invocada el 18-8-04.-

2. Su contestación  
El 31-3-06 (fs. 1072/1083) Banco Hipotecario S.A. contestó la acción, requiriendo su rechazo con imposición de costas.-

Luego de reconocer parte de la documental (actas de mediación, escritura hipotecaria, correspondencia cursada entre las partes, rechazo del siniestro y, comprobantes de pago de las cuotas del crédito) acompañada por el accionante, aclaró que la actividad aseguradora del banco se incluyó dentro de su objeto social por normativa específica dictada para el Banco Hipotecario Nacional que, luego de su privatización (ley 24.855), se extendió al actual Banco Hipotecario S.A. Por ello, no se emiten pólizas en los términos de la ley de seguros.-

Afirmó que la escritura hipotecaria instrumentó la relación crediticia entre el banco prestamista y los tomadores del crédito, estableciéndose dentro de su clausulado (a fin de asegurar el debido repago de la inversión financiera), la constitución de un seguro de vida para cubrir el riesgo de muerte de los deudores (a lo que se encuentra obligado por normas del BCRA), sujetos a las condiciones allí establecidas y, que los deudores conocieron al completar los formularios respectivos.-

En tal sentido, manifestó que: a) el 27-6-01 la codeudora hipotecaria y cónyuge del accionante, G. C. G., completó la declaración jurada de salud consignando que no tuvo enfermedades, dolencias, intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos; b) ante la denuncia de la muerte de la cotitular del préstamo hipotecario, se le requirió al accionante -entre otra documentación- acompañara fotocopia de la historia clínica completa de su cónyuge desde el 2000; c) aquella fue analizada por la empresa Consultores Médicos de Seguros, surgiendo de su dictamen que G. no declaró que sufría de artritis reumatoidea desde 1989; d) el plazo trienal establecido en el art. 130, LS, no estaba cumplido a la fecha del siniestro, porque el contrato se celebró el 7-8-01 y el fallecimiento de G. data del 18-6-04; y, e) no se deriva del actuar del banco, la generación de daño moral alguno.-

## II. EL DECISORIO RECURRIDO

La sentencia definitiva de primera instancia (fs. 1276/1291) -precedida de la certificación requerida por el art. 112 del Reglamento del Fuero- admitió parcialmente la demanda y condenó a la accionada al pago de: i) \$ 14.166,68, con más intereses a calcularse desde que se efectivizó el pago de cada cuota, a la tasa de descuento que percibe el Banco de la Nación Argentina en sus operaciones a treinta días (v. aclaratoria de fs. 1377); ii) las cuotas que hubiere percibido con posterioridad al inicio de la demanda -en los mismos términos expuestos en i)- (v. aclaratoria de fs. 1297); y, iii) las costas del proceso.-

**Para así decidir, el juez de primer grado meritó que si bien se probó que: a) "la asegurada**

**falseó la declaración jurada de salud al sostener que no poseía enfermedades artríticas y que no había sufrido intervenciones quirúrgicas con anterioridad"; y, que b) "la ocultación de la dolencia ostentó en el caso carácter doloso... La declaración apreciada en conjunto fue falsa..."; la sola acreditación de los extremos fundantes de la reticencia no permiten rechazar el reclamo, pues aquélla debe poseer entidad suficiente como para obstar o no a la contratación asegurativa, situación que no cabe resolver por circunstancias de índole subjetiva sino en base a juicio de peritos (art. 5, LS) "que deben determinar la influencia del hecho sobre el riesgo cubierto".-**

**De tal modo, admitió la demanda en lo sustancial, porque consideró que: c) "no se verificó reticencia por cuanto la causa del fallecimiento no devino de una enfermedad preexistente cuya declaración fuera omitido... conclusión (que) sella la suerte de la demanda"; d) la aseguradora, quien "tenía la carga de acreditar... la eventual variación contractual en base a la reticencia, no lo hizo... resulta relevante destacar lo indicado por el perito médico en cuanto a que la artritis reumatoidea pone en riesgo de vida frente a una evolución desfavorable... y que a la fecha de la declaración de salud... G. no tenía conocimiento de las complicaciones que luego culminarían en el deceso por una septicemia".-**

En tanto que desestimó el resarcimiento por daño moral porque: e) no sólo no se acreditó, sino que "repugna al sentido de justicia que se efectúe un reclamo por daño moral causado en el incumplimiento de un contrato cuyos antecedentes fueron falseados aún cuando ello no tuviere incidencia definitiva en la cuestión... (por cuanto) del contexto de la demanda resulta que el actor poseía conocimiento de lo que había declarado su cónyuge ante la aseguradora".-

### III. LOS RECURSOS

El accionante apeló el fallo el 18-7-08 (fs. 1294); habiéndosele concedido el 21-7-08 (fs. 1295), presentó su expresión de agravios el 31-10-08 (fs. 1414/1418), los que fueron contestados por la defensa el 25-11-08 (fs. 1432/1435).-

La demandada recurrió la sentencia el 14-8-08 (fs. 1375) y su aclaratoria el 25-8-08 (fs. 1390), recursos concedidos el 21-8-08 (fs. 1386 y fs. 1411) y el 25-8-08 (fs. 1391), respectivamente. Expresó agravios el 14-11-08 (fs. 1423/1430), respondiendo el actor el 28-11-08 (fs. 1437/1443).-

### IV. CONTENIDO DE LA PRETENSIÓN RECURSIVA

1. El actor se agravia por el rechazo del daño moral reeditando los argumentos expuestos en el escrito inicial referido al fondo de la cuestión planteada en autos y, afirmando que corresponde condenar a la reparación del ítem aludido como "sanción ejemplar... por cuanto el rechazo del siniestro... importó un abuso de derecho".-

2. En tanto que la defensa se quejó por la aplicación dogmática del derecho realizado por el a quo quien, sin valorar correctamente las especiales circunstancias de la causa y la prueba rendida en autos, la condenó con argumentos contradictorios.-  
Sintéticamente, sus reproches giran en torno a que el sentenciante de grado:

i) fundado en el dictamen de la perito actuarial, afirmó que "no se verificó reticencia por cuanto la causa del fallecimiento no devino de una enfermedad preexistente", cuando anteriormente y basado en lo expuesto por el perito médico especialista en ortopedia traumatológica, había concluido que estaba "probado que la asegurada falseó la declaración jurada de salud";

ii) admitió la demanda por creer que el banco es una entidad destinada a la gente con menores recursos, soslayando que el crédito solicitado fue para cancelar una hipoteca anterior que el actor

y su cónyuge habían contraído con una entidad privada y, fundamentalmente, contradiciendo las conclusiones a las que había arribado previamente (que la reticencia de la asegurada fue dolosa y que la causa del fallecimiento fue producto de la dolencia que ocultó);

iii) subsidiariamente, solicitó se impongan las costas en el orden causado conforme lo previsto en el segundo párrafo del art. 68, CPCCN.-

3. La presidencia de esta Sala llamó "autos para sentencia" el 30-12-08 (fs. 1445); el sorteo de la causa se realizó el 12-2-09 (fs. 1445 vta.), por lo que el Tribunal se encuentra habilitado para resolver.-

## V. NULIDAD DE LA SENTENCIA

Luego de analizar los antecedentes del caso, los diversos medios de prueba aportados al expediente de conformidad con las reglas de la sana crítica (art. 386, Cód. Procesal) y, la sentencia recurrida, advierto que la misma no respeta el principio de congruencia.-

1. La incongruencia constituye falta de adecuación lógica entre las pretensiones y defensas de las partes y, la parte dispositiva de la sentencia. Tal conformidad lógica es ineludible en vista del respeto de principios sustanciales del juicio concernientes a la igualdad, bilateralidad y equilibrio procesal, pues la litis fija los límites de las facultades decisorias del tribunal que la ha dictado.-

En otros términos, la conformidad de la sentencia y los escritos de constitución del proceso en cuanto a personas, objeto y causa constituye ineludible exigencia de cumplimiento de principios sustanciales del juicio relativos a bilateralidad, igualdad y equilibrio procesal. A todo evento, el principio iura novit curia siempre tiene como límite el no alterar la relación procesal.-

2. En virtud de lo anterior, adviértase que a fs. 1283 el a quo expresó: "el perito médico especialista en ortopedia traumatológica... realizó una descripción de la dolencia, sus posibles evoluciones, riesgo y causas del fallecimiento, y señaló que a la fecha de la declaración de salud, la occisa tenía conocimiento de la enfermedad que la aquejaba... (y) que a esa fecha, ya se había realizado la operación de reemplazo de cadera... Entonces, encuentro probado que la asegurada falseó la declaración jurada de salud al sostener que no poseía enfermedades artríticas y que no había sufrido intervenciones quirúrgicas con anterioridad".-

Asimismo, que "las explicaciones vertidas por la actora en su escrito de demanda... como justificativo de ese obrar mendaz resultan claramente inadmisibles... dado que las cláusulas del... formulario distan de ser oscuras y no dejan margen para la interpretación... G. afirmó en esa declaración no haber tenido problema de salud alguno lo cual no era cierto".-

Afirmando a fs. 1284, que "la ocultación de la dolencia ostentó en el caso carácter doloso, supuesto especialmente previsto... como obstativo a la imposibilidad del asegurador de aducir reticencia. La declaración apreciada en conjunto fue falsa".-

3. En tanto que a fs. 1285/1286 expuso: "de acuerdo a la pericia médica y demás constancias de la causa, no se verificó reticencia por cuanto la causa del fallecimiento no devino de una enfermedad preexistente cuya declaración fuera omitido, pudiendo la aseguradora haber requerido exámenes médicos complementarios. Esta conclusión sella la suerte de la demanda...".-

Explicitando en el párrafo siguiente: "en oportunidad de impugnar la pericia, la accionada adujo... que no tenía obligación alguna de pedir estudios clínicos y menos aún a partir de lo informado por la propia declarante. Coincidió con esta postura, ya que no me parece admisible extremar la cautela al punto de exigir mayores aseguramientos frente a una declaración jurada de salud que indica que no se padece dolencia alguna, como en definitiva señala la perito...".-

4. Y, al tratar la procedencia de la pretensión resarcitoria, destacó que "la accionada, que... tenía la carga de acreditar... la eventual variación contractual en base a la reticencia, no lo hizo. En este sentido, resulta relevante destacar lo indicado por el perito médico en cuanto a que la artritis reumatoidea pone en riesgo de vida frente a una evolución desfavorable... y que a la fecha de la declaración de salud... G. no tenía conocimiento de las complicaciones que luego culminarían en el deceso por una septicemia..." (fs. 1287).-

Preguntándose a continuación: "¿Podría haberse contratado en las mismas condiciones? ...¿O tal vez se hubiera rechazado el seguro por una operación de cadera, con el consecuente rechazo de un crédito destinado a vivienda única, peticionado a una entidad que desde sus inicios ha tenido por fin facilitar el acceso a la vivienda propia...? ...No pretendo con ello cohonestar la conducta lesiva de la peticionante del seguro... Mas... no es posible conjeturar subjetivamente acerca de las... variantes que... podrían haberse adoptado en el marco de la contratación" (fs. 1287).- Y, a fin de sustentar el rechazo de resarcimiento por daño moral, arguyó que "repugna al sentido de justicia que se efectúe un reclamo... causado en el incumplimiento de un contrato cuyos antecedentes fueron falseados..." (fs. 1289).-

5. Sintetizando, la importancia de las contradicciones en que incurrió el sentenciante de grado, radica en que el factor de responsabilidad descansa en simples presunciones o convencimientos alejados de las pruebas por el mismo analizadas.-

Lo anterior me obliga a declarar de oficio la nulidad de la sentencia recurrida y dictar nuevo pronunciamiento conforme lo prescripto por el art. 253 del ritual. Ello, porque cuando media nulidad de la sentencia, la Alzada no debe circunscribirse a la consideración de los agravios vertidos; puede expedirse sobre la totalidad de los hechos y el derecho aplicable en virtud de haber quedado abierto con amplitud el debate, en tanto la garantía de la doble instancia carece de raigambre constitucional (CNCom., esta Sala, "L. AR. Met S.A. c/ Ormedila, Marcela y Musso, J., SH s/ ordinario", 28-6-07).-

## VI. LA DECISIÓN PROPUESTA

La cuestión traída a decisión de esta Alzada guarda íntima similitud con lo discutido en autos "Elena Mayaud Maisonneuve de Pérez Catella y María Elena Lourdes Pérez Catella c/ Sur Seguros de Vida S.A. y Citibank s/ ordinario" [Fallo en extenso: elDial - AA1DF1], del 6-12-02, por lo que necesariamente (y a fin de no incurrir en el mismo defecto por el cual se declaró oficiosamente la nulidad de la sentencia apelada) debo remitirme a lo allí sentenciado.-

Mas estimo pertinente recordar dos cuestiones trascendentales, pues en base a ellas se estructurará el presente decisorio.-

### 1. El contrato de seguro

Principio  
Gral de  
sustento de  
sentencia

**El contrato de seguro, como es sabido, es de uberrimae bonae fidei y el legislador se preocupó de proteger al asegurador de las declaraciones del proponente que no se ajustasen a la verdad de los hechos y circunstancias influyentes en la calificación del riesgo asegurado. En el caso de reticencia (art. 5 LS) la declaración de conocimiento del asegurado relativa al estado del riesgo, debe ser exacta, completa, leal, franca y honesta, lo que justifica las consecuencias en caso de incumplimiento, aún cuando las manifestaciones sean efectuadas de buena fe (cfr. Morandi, Juan Carlos Félix, "Estudios de Derecho de Seguros", Ediciones Pannedille, Buenos Aires, 1971, pg. 208; CNCom., 10-3-67, JA, 1967-III, pg. 409).- Sabido es que la fiel declaración del riesgo es un deber del asegurado, que apunta a mantener la equivalencia de aquél con la prima; por ello el asegurador debe conocer todas las**

**circunstancias relativas a su exacta apreciación (cfr. Morandi, op. cit., pg. 224).-**

## **2. Buena fe**

2.1. La buena fe invalida el comportamiento auto contradictorio. La doctrina de los actos propios, herramienta conceptual de la buena fe y un standard constante en el derecho privado, administrativo, procesal, impositivo, penal e internacional, cuyo sustrato ético es innegable y el sistema jurídico no ha hecho otra cosa que internalizar estas pautas. Está bien que así acontezca, pues el plexo axiológico subyacente con neto soporte fáctico es vulnerado cuando alguien negocia o litiga de mala fe.-

El "venire..." es un modelo objetivo de conducta constitutivo de un principio general del derecho autónomo y residual y también es uno de los medios a través del cual controlan los llamados "poderes privados". Constituye un límite de los derechos subjetivos que obliga a un deber jurídico de tipo positivo: coherencia con la propia conducta (CNCom, esta Sala, "Interbaires SA c/ Deutsche Bank s/ ordinario", 8-4-08 y "Banco de Galicia c/ Adolfo Guerrico S.A. y otro", 28-11-07).-

**En autos revisten significativa importancia lo actuado por las partes tanto en la etapa prejudicial como en la judicial, así como la conducta asumida durante la tramitación del proceso** (en igual sentido esta Sala, "Gráfica Editora Primor c/ Gibelli M.", 26-10-88; "Goldzer, Jorge Mario c/ De la Torre S.A.", 14-3-90; "Dispersol San Luis S.A. c/ Ingeniería y Equipos Industriales S.A.", 20-9-91; "Comelec S.A. c/ Maderas y Vivienda Lago Fagnano S.R.L.", 25-9-91; entre muchos otros).-

**2.2. Del intercambio epistolar habido entre las partes resulta que el accionante incumplió con tal deber, pues afirmó que la demandada tenía cabal conocimiento de la reticencia en que había incurrido su cónyuge.- Así es, en la CD que le remitió a la defensa el 7-9-04, manifestó: "los antecedentes médicos existentes al tiempo de la contratación y de los cuales Uds. estaban al tanto..." (fs. 993). Y, al alegar, reconoció que G. incurrió en reticencia, pues sabía que "sufría una AR y que tuvo un cambio de cadera bilateral" (fs. 1251).-**

Sentadas las premisas sobre las que se asentará la dilucidación de la cuestión traída a juzgamiento, corresponde que me aboque al análisis del contrato celebrado entre las partes, conjuntamente con la prueba colectada en autos.-

## **3. El contrato de autos**

El punto 2.2. de las condiciones generales y particulares para la cobertura de los riesgos, modificando parcialmente lo reglado en **el art. 5, LS, establece que "toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el o los deudores asegurados, aun hechas de buena fe, que a solo juicio del Asegurador hubiese impedido la celebración del contrato hace nulo el contrato de seguro" (fs. 1059).-**

En tanto que en el apartado 2.10.2. dispone que "No procederá la cancelación de la deuda por el seguro, cuando..." -entre otras circunstancias- se incumpla con "las obligaciones emergentes del contrato de seguro" (v. fs. 1060, punto 2.10.2.3.).-

**Del análisis de ambas estipulaciones, pueden extraerse tres conclusiones: 1) que la reticencia no se encontraba supeditada a juicio de peritos; 2) que el riesgo no resultaba automáticamente aceptado; y, 3) la cancelación de la deuda hipotecaria -objeto del seguro de vida- no procedería de modo mecánico.-**

## **4. Declaración jurada de salud**

4.1. El cuestionario de fs. 82/83 ("Declaración de salud") pregunta N° 3, dice: "Tiene médico de Cabecera?", respondiendo G. "No". Acorde a ello, se encuentran incompletas las líneas donde debió consignar el nombre, apellido y teléfono de aquél, como así también la línea subsiguiente que debía llenar ante la indicada respuesta negativa: "De no tener médico de cabecera, indique cual fue el último Médico que lo atendió".-

4.2. El apartado N° 5, indica cómo debe completarse el formulario: "Marque con una cruz (x) según corresponda. En caso de respuesta afirmativa, subráyela e indique en... Aclaraciones...: fechas, diagnósticos, duración, recuperación y si lo considera superado, consigne: 'me considero curado y sin secuelas ni recidivas'...". Especificándose a continuación: "Tiene conocimiento de haber padecido o padecer de: ...h) ¿Ciática, reumatismo, artritis, gota, escoliosis o cualquier otra enfermedad o defecto osteoartromuscular?". La solicitante contestó marcando la columna de los "No".-

4.3. También respondió negativamente a la pregunta N° 6: "¿ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otro establecimiento médico?".-  
Y, a la N° 9: "¿ha sido operado?".-

4.4. En tanto que a la pregunta N° 10: ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?, la asegurada respondió "No".-  
E igual respuesta mereció la segunda parte de la pregunta: "¿Está tomando algún medicamento?"

4.5. Al final del formulario que da título al presente apartado, obra la firma de la solicitante debajo de la leyenda "declaro bajo juramento que la información proporcionada es verídica y completa..."; dejándose constancia debajo de la suscripción, que: "...LA PRESENTE SOLICITUD... NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO".-

**4.6. De lo parcialmente transcripto, se advierte que: a) las preguntas no son confusas ni genéricas; b) están redactadas clara y concisamente; y, c) el aseguramiento no era automático.-**

**De tal modo, no puede sostenerse que podían dar lugar a confusión unas preguntas tan simples y/o que el seguro se hubiere concertado sea cual fuere el resultado del interrogatorio.-**

## **5. Historia clínica**

Tampoco puede válidamente admitirse que G. ignoraba su estado de salud, cuando lo contrario surge de los antecedentes que resultan de la historia clínica aportada -aunque en forma parcial- a la causa y que a continuación se sintetizará:

5.1. La artritis reumatoidea (AR) que padecía la asegurada tenía, a enero de 2003, una evolución de 13 años, habiéndosela intervenido quirúrgicamente en 1994 por reemplazo total bilateral de cadera (fs. 131).-

5.2. Desde el 3-6-02, contaba con un certificado de discapacidad otorgado por el Ministerio de Salud, por antecedentes de: "enfermedad reumática... Diagnóstico: artritis reumatoidea - anquilosis codo izquierdo - rigidez muñeca derecha - reemplazo total de ambas caderas - artrosis de rodilla derecha... Deficiencia: motora... (fs. 249).-

5.3. Del certificado emitido por la Dra. S. (que dataría del 2001 al 2002, en virtud de consignar que la paciente contaba con 40 años), surge que G. "presenta enfermedad severa con compromiso poliarticular, erosiva y seropositiva... Recibió tratamiento con metotrexate, sales de oro, hidroxicloroquina, sulfazalamina, leflenomida, sin lograr remisión prolongada con ninguno de

ellos ni evitar progresión... Recibió tto. con... el que fue suspendido el 15/3/02 x falta de cobertura..." (fs. 576).-

Diagnóstico reiterado el 23-1-03, donde consta que la paciente contaba a dicha fecha con 41 años (fs. 400).-

**5.4. Estuvo desde los 28 años, en tratamiento con "corticoide a grandes dosis", deambulando "c/ bastón... c/ limitación funcional..." (fs. 556 vta.).-**

5.5. En agosto de 2002 se expuso que el reemplazo bilateral de cadera se realizó en dos oportunidades: marzo de 1994 (cadera derecha) y agosto de 1994 (cadera izquierda); que camina "con bastón en mano izq. desde" el año 2000; y, se la medicó con "antiinflamatorios y esteroides desde los 28 años h/ los 30 años... Metotrexato: 7,5 mg/semana desde 1991 h/la actualidad... Tto. Actual: Metotrexato: ...Nivaquine: cloroquina... desde 1994..." (v. fs. 557/558).-

5.6. Finalmente, del dictamen emitido por el Hospital Francés el 4-6-04, surge que la biopsia de hueso arrojó como resultado "signos histológicos de osteomielitis crónica" (fs. 607).-

**6. Peritación médica**

6.1. El perito especialista en ortopedia traumatológica, Dr. F. Guillermo S., emitió su dictamen a fs. 1181/1182.-

A los puntos periciales del accionante, respondió que **"una AR pone en riesgo de vida a una persona ante la evolución desfavorable de una complicación de la misma, que es la causa más común de fallecimiento"**. Y, en el caso de autos, **"la causa del fallecimiento fue paro cardiorrespiratorio no traumático debido a un síndrome de insuficiencia respiratoria por sepsis (infección generalizada) a punto de partida de un reemplazo protésico de cadera derecha infectado... fallece por una complicación infecciosa de una cirugía realizada para efectuar el cambio de una articulación afectada por su AR (la cadera)"**.-

6.2. En tanto que los explícitos puntos de pericia de la demandada no fueron respondidos en su totalidad, por cuanto escuetamente afirmó que: i) G. "fue operada de reemplazo total de cadera bilateral hacia el año 1994"; ii) al "27-6-01... era conocedora de su enfermedad AR, pero NO de su complicación que recién se manifiesta hacia el año 2004", y, iii) los restantes puntos de pericia "son redundantes y resulta abstracto su respuesta".-  
Ante el pedido de explicaciones efectuado por la defensa a fs. 1185, aclaró que "no todas las personas que padecen AR necesitan un reemplazo total de cadera, sólo aquellas que tengan severo compromiso articular por la enfermedad" (fs. 1188).-

6.3. En síntesis, la pericia no brinda precisiones científicas propias de la actividad del médico legista. Por lo demás, la conclusión del perito no obliga al juez, por lo que la validez probatoria del dictamen pericial debe estimarse en concordancia con las leyes de la sana crítica y los restantes elementos de la causa.-

El magistrado es independiente al valorar la fuerza probatoria de la pericia, teniendo en cuenta sus elementos adjetivos (v.gr. competencia e idoneidad del perito) y objetivos (v.gr. principios científicos en que se funda, concordancia de sus afirmaciones) para decidir conforme la regla de la sana crítica (CNCiv. y Com., Sala III, "Harengus S.A. y otros c. Y.C.F. Sociedad del Estado", 14-6-95).-

**7. Artritis reumatoidea**

En atención al incompleto informe presentado por el perito de oficio Dr. S., considero indispensable efectuar una somera descripción de la enfermedad que aquejaba a la asegurada. Ello



permitirá clarificar si asiste razón al actor respecto a que "la enfermedad sufrida, no era relevante, ni menos aún trascendente para la contratación" (fs. 1251).-

La AR es una enfermedad crónica que ocasiona inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes, pudiendo afectar además, a otros órganos y, los procedimientos para su tratamiento también pueden causar efectos secundarios graves. Se la considera una enfermedad autoinmunitaria, desconociéndose su causa. El sistema inmunitario del cuerpo normalmente combate las sustancias extrañas, como virus; pero en una enfermedad autoinmunitaria, el sistema inmunitario confunde o toma los tejidos sanos como sustancias extrañas y, como resultado, el cuerpo se ataca a sí mismo.-

El curso de la AR varía de un individuo a otro. Las personas con factor reumatoideo o nódulos subcutáneos parecen presentar una forma más severa de la enfermedad; y quienes desarrollan la artritis reumatoidea a temprana edad, también presentan un progreso más rápido. Generalmente requiere tratamiento de por vida que incluye medicamentos, fisioterapia, ejercicio, educación y, posiblemente, cirugía. **La expectativa de vida promedio para un paciente con este tipo de artritis puede verse reducida entre 3 y 7 años y, quienes presentan formas severas de esta artritis pueden morir de 10 a 15 años más temprano de lo esperado.**-

Dentro de los medicamentos utilizados para reducir la inflamación de la AR, están los corticosteroides; sin embargo, debido a los efectos colaterales potenciales a largo plazo, su uso se limita a lapsos cortos y dosis bajas en la medida de lo posible.-

En cuanto a los tratamientos quirúrgicos, la cirugía se realiza para corregir las articulaciones gravemente afectadas, pudiendo aliviarse el dolor articular, corregir deformidades y mejorar modestamente la función articular. Las cirugías más exitosas son las que se llevan a cabo en rodillas y caderas. Por lo general, el primer tratamiento quirúrgico es la sinovectomía o extirpación del revestimiento de la articulación (sinovia).-

Una alternativa posterior es el reemplazo total de la articulación por una prótesis articular. En casos extremos, el reemplazo total de la cadera puede significar la diferencia entre depender totalmente de otros y tener una vida independiente en el hogar (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000431.htm>).-

## 8. Osteomielitis

El presente análisis se efectúa en mérito al resultado que arrojó la biopsia del hueso señalado en 5.6. y persigue el mismo objetivo que el indicado en el punto inmediato anterior.-

8.1. La osteomielitis (o infección del hueso) es una inflamación o hinchazón del tejido óseo que suele producirse como resultado de una infección, que puede tener diferentes causas: una lesión traumática, inyecciones frecuentes de medicamentos, procedimiento quirúrgico o, el uso de una prótesis. Las personas cuyo sistema inmunológico está debilitado son más propensas a desarrollar osteomielitis. Esto incluye personas que reciben medicamentos inmunosupresores como los esteroides.-

La osteomielitis puede manifestarse de forma repentina, lenta y leve o, puede tratarse de un problema crónico, según el origen de la infección. La población con mayor riesgo incluye las personas cuyo sistema inmunológico se encuentra debilitado ([http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_bone\\_sp/osteom.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_bone_sp/osteom.cfm)).-

8.2. Con frecuencia, la infección que causa la osteomielitis se origina en otra parte del cuerpo y se disemina al hueso por medio de la sangre. El hueso puede haber estado predisposto a la infección debido a un trauma reciente. La osteomielitis crónica se produce cuando el tejido óseo muere a causa de la pérdida de suministro sanguíneo. Esta infección crónica puede persistir en forma

intermitente

por

años.-

La infección producida por una prótesis ortopédica puede requerir la extirpación quirúrgica de la prótesis. El pronóstico es desalentador en el caso de la osteomielitis crónica, incluso si se lleva a cabo una cirugía (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000431.htm>).-

#### 9. Perito actuario de oficio

9.1 La pericial de fs. 1203/1206 **informa que el objeto de la declaración de salud solicitada a los asegurados es la contratación del seguro al precio correspondiente, en beneficio de todo el colectivo de asegurados; de tal modo se clasifican los riesgos a cubrir y se abonan tarifas calculadas según el riesgo cubierto.-**

*Las compañías aseguradoras, cualquiera sea el tipo de riesgo, tienen una política de adhesión que permiten clasificarlos en cuatro categorías: a) riesgos aceptables a tarifa normal; b) riesgos aceptables a una tarifa superior dado que su contratación implica una siniestralidad superior al normal (ejemplo, personas con antecedentes de enfermedades que fijan parámetros superiores a los esperables); c) riesgos no aceptables; y, d) riesgos posponibles para validar la evolución del mismo o debido a exigencia de información complementaria (caso en que se rechaza al momento de la evaluación dando lugar a una retarifación y probable aceptación luego de un período de carencia o espera).- En caso de riesgo agravado por las condiciones particulares del asegurado, existen recargos que pueden llegar hasta el 90% de la tarifa normal, los cuales resultan insuficiente para determinadas afecciones, por lo que en la práctica se rechazan las coberturas.-*

9.2. Al haber impugnado la defensa (fs. 1228/1230) el dictamen precedente, la perito actuaria ratificó a fs. 1235 su informe anterior, expresando que:

9.2.1. *El seguro podría no haberse celebrado o sufrir modificaciones en sus condiciones de haberse la aseguradora cerciorado del verdadero estado de riesgo, pues "para determinadas afecciones resulta insuficiente el recargo a aplicar por lo que en la práctica se rechazan las coberturas".-*

9.2.2. En igual sentido se expidió al responder sobre si la enfermedad que sufría la asegurada al momento de suscribir la declaración jurada de salud, habría impedido o modificado las condiciones del contrato: "en caso de reconocerse dolencias se agrava el riesgo por lo que se cobran tarifas diferenciales o se rechazan las coberturas".-

9.2.3. En cuanto a si es práctica del sector asegurador requerir, en caso de respuesta negativa a todas las preguntas obrantes en la declaración jurada, solicitar información adicional, manifestó que "los exámenes médicos complementarios son solicitados para los casos en que se consignan dolencias, enfermedades, accidentes o intervenciones quirúrgicas padecidas".-

9.2.4. *Respecto a la implicancia que para la aseguradora tiene la reticencia del proponente, expresó que "la compañía puede clasificar erróneamente el riesgo, aplicar una tarifa insuficiente o aceptar un riesgo que podría haber rechazado".-*

#### 10. Incidencia de la reticencia en el sub lite

10.1. El art. 5 de la ley 17.418 sólo deja librado al juicio de peritos (con carácter de prueba legal) la determinación de si los hechos cuya reticencia o falsa declaración invoca el asegurador, hubiesen impedido el contrato o modificado sus conclusiones.-

Las afirmaciones de los peritos en todo aquello que exceda tales límites legales, pueden ser analizadas por el juez de acuerdo con las reglas de la sana crítica (cfr. CNCom., esta Sala,

"Sucesión de Jorge Risso Patrón y otros c. Círculo Cerrado S.A. de Ahorro para fines determinados y otros", 30-6-88; CNCom., 5-10-51, LL 66-807); y, los hechos que acreditan los antecedentes materia de la reticencia o falsedad pueden ser probados por todos los medios de prueba admisibles en derecho.-

10.2. *Si frente a una declaración como la de fs. 82/83 se acogiera la eventual negligencia de la aseguradora al omitir requerir explicaciones al asegurado, a su médico o, realizarle exámenes médicos, se cubriría la obvia reticencia del asegurado. Pero el examen médico no libera al asegurado de su deber de informar o de las consecuencias de su falsa declaración u omisiones, aunque medie culpa o negligencia del asegurador (cfr. Halperin, Isaac, "Seguros", pgs. 320 y 329, 3a. edición, Ed. Depalma, Buenos Aires, 2001).- La buena fe -en sus manifestaciones de lealtad, creencia y probidad- es un débito contractual recíproco del asegurador, del tomador, del asegurado e, inclusive del beneficiario; la buena fe cumple un rol esencial en el contrato de seguros (CNCom., esta Sala, "Destefanis, Sergio Daniel c. Cigna Argentina Cía. de Seguros S.A. s/ ordinario", 13-11-02). La exigencia de la uberrimae bonae fidei se manifiesta en el seguro de manera extrema y desconocida en los demás contratos, pues la protección de la confianza es esencial para disminuir los costos de transacción de las relaciones jurídicas que se producen en el mercado.-*

10.3. *La exacta declaración del riesgo constituye un "deber" impuesto por la ley al asegurado, cuya finalidad consiste en cumplir con el principio de equivalencia entre riesgo y prima (CNCom., esta Sala, in re, "Sucesión de Jorge Risso Patrón y otros c. Círculo Cerrado S.A. de Ahorro para fines determinados y otros", 30-6-88). Y, para que pueda satisfacerse el interés del asegurador en este aspecto -en un seguro sin examen médico como el de autos- éste debe confiarse en la declaración del riesgo efectuada por el asegurado, que es quien conoce sus particularidades hasta en detalle (cfr. Vivante, "Tratatto de Diritto Comerciale. Le obbligazioni", Milano, 1928, t. IV, pág. 394).- Así es, en un seguro de vida es deber del asegurado dar indicaciones precisas sobre las enfermedades que padece y sus síntomas, debiendo colaborar lealmente con el asegurador para clarificar y apreciar el riesgo cubierto. Cuando el asegurado intenta evitar que el asegurador conozca la verdadera situación de hecho, viola el deber jurídico de declarar con exactitud el estado del riesgo, tergiversando así el objeto-fin perseguido con la declaración de salud y provocando la nulidad del contrato (cfr. CNCom., esta Sala, "Alarcón de Castellanos, Estela M. y otros c. La Franco Argentina Cía. de Seguros", 21-2-92).-*

En mérito a lo anterior, deben declararse aquellos males capaces de abreviar la vida; toda respuesta inexacta a una pregunta particularizada del cuestionario constituye reticencia (cfr. Halperin, Isaac, "Seguros", pg. 329, 3a. edición, Ed. Depalma, Buenos Aires, 2001).-

**10.4. Sabido es que el asegurador puede alegar reticencia aún mediando buena fe del asegurado; y, en el sub-judice, es indubitable que ni G. ni el accionante podían ignorar semejante alteración en la salud de la primera, por lo que no debió omitirla al declarar el riesgo y, menos aún, embarcarse en un proceso judicial conociendo de antemano la sinrazón de su actuar.-**

A tal convicción llego no por la mecánica y fría aplicación de la ley, sino por estrictas razones de justicia que no pueden soslayarse en aras a los padecimientos que la asegurada sufrió a lo largo de su existencia. Y si bien es indudable que la larga y dolorosa enfermedad que aquella padecía debió ser un calvario para la misma y su familia, lo cierto es que ello no puede llevar a dictar una sentencia que se aparte de las constancias obrantes en autos.-

## 11. La sinrazón del reclamo

En autos no se trata de responsabilizar a quien pudiere haber incurrido en mala praxis que habría llevado al deceso de G., **sino en establecer si asistió razón a la aseguradora en rechazar el siniestro por reticencia de la asegurada.-**

**11.1. De acuerdo a lo hasta aquí desarrollado, no cabe duda del derecho de la aseguradora a declinar la responsabilidad del siniestro denunciado, pues la omisión de G. en denunciar la enfermedad que padecía desde 1989 (más de diez años antes de suscribir el contrato de seguro) no sólo no fue involuntaria sino que deliberadamente la ocultó, cuestión a la que no podía estar ajeno su cónyuge y aquí accionante.-**

La precedente afirmación encuentra sustento -además de lo que se expone infra- en que falsamente afirmó el actor en su escrito inicial que el mutuo hipotecario sería "destinado a la compra de un inmueble... única vivienda propia..." (fs. 117), cuando en realidad se lo aplicó para cancelar la hipoteca que anteriormente habían contraído con otra entidad financiera privada.-

**11.2. En tanto que respecto a la enfermedad, no puede afirmarse que era irrelevante o resultaba intrascendente, en virtud del grado severo que ostentaba, va que a pesar de haber sido medicada** con "metotrexate, sales de oro, hidroxycloquina, sulfazalamina, leflenomida" no se logró su remisión ni se evitó que progresara (fs. 576), por lo que debió ser intervenida quirúrgicamente en dos oportunidades (marzo y agosto de 1994) a fin del reemplazo bilateral de cadera (fs. 557/558).-

Afirmación totalmente inválida además, porque la expectativa de vida promedio para un paciente que presenta formas severas de ese tipo de artritis, se reduce de 10 a 15 años. Reducción que en el caso sería aún mayor, pues la asegurada estuvo en tratamiento con corticoides y esteroides, desde los 28 años (fs. 557/558 y 576), los cuales producen serios efectos colaterales a largo plazo.-

**11.3. Corroborar todo lo anterior, el resultado que arrojó la biopsia de hueso. En tal sentido, dable es destacar la suma probabilidad que la causa del fallecimiento fuera producido por el debilitado sistema inmunológico de la causante originado en la AR que le fuera diagnosticada en 1989, potenciado por los medicamentos inmunosupresores (entre ellos, los esteroides) que se le suministraron durante años y, la doble prótesis que le fuera injertada en 1994.-**

Como surge del informe citado (fs. 607) la infección ósea -osteomielitis- que padecía G. era crónica. Tal calificación implica que si se produjo por una prótesis ortopédica, requeriría su extirpación quirúrgica, siendo su pronóstico reservado o, en otras palabras, produciría que la infección se generalice produciendo una septicemia.-

Y ello es lo que fatalmente ocurrió con la causante, tal como lo alegara el accionante en la causa que iniciara -con anterioridad a la promoción de estos autos- por ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 57, los autos "A., F. c/ Castillo Fuselli, Alberto Armando s/ diligencias preliminares" (expediente que tengo a la vista), donde expuso que su cónyuge había sido internada "con diagnóstico de infección de prótesis de cadera (y que) nueve años antes, es decir en el año 1994... había sido intervenida quirúrgicamente (por padecer) artritis reumatoidea en ambas caderas" (fs. 2).-

## 12. Actuar doloso

**No parece ocioso recordar que la acción dolosa es toda aserción de lo que es falso o disimulación de lo verdadero, cualquier artificio, astucia o maquinación que se emplee con ese fin (art. 931, CCiv.); engaño que comprende no sólo acciones positivas sino también omisiones, ocultaciones o reticencias engañosas (art. 733, CCiv.).-**

12.1. La ley 17418: 5 sigue el criterio mas severo, al considerar causa de nulidad del contrato la reticencia -aún de buena fe-, recogiendo en ese precepto el supuesto del puro error consistente en la desarmonía entre la situación real de riesgo y la situación aparente, deducida de la declaración del asegurado, aunque éste no hubiese incurrido en culpa ni en mala fe.-

Así, la declaración del asegurado es reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es "omitida", "declarada en forma incompleta" o de manera confusa; siendo falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. De tal modo, se imponen al asegurado dos cargas: a) ser exacto en lo que dice; y, b) decir todo lo que sepa. Si viola el primer precepto, produce una declaración errónea. Si viola el segundo, comete reticencia.-

En el caso, la asegurada incurrió en reticencia dolosa y de mala fe, como surge de la falsa contestación al cuestionario de la declaración de salud que completó para contratar el seguro de vida cancelatorio del préstamo hipotecario, pues negó: a) su precario estado de salud; b) encontrarse medicada desde los 28 años; y, c) haber sido intervenida quirúrgicamente en dos oportunidades.-

Si el diagnóstico inicial de la enfermedad (artritis reumatoidea), que fue causa eficiente del fallecimiento, resultó en hechos y padecimientos que la extinta no pudo ignorar, ello debió ser puesto en conocimiento de la aseguradora, aunque no se tuviera conocimiento científico de la índole diagnóstica y pronóstica de la enfermedad.-

12.2. A mayor abundamiento, destaco que cuando la reticencia fue dolosa, maliciosa y de mala fe, ni aún la atribución de negligencia a la aseguradora libera al asegurado de las consecuencias de su reticencia.-

La liberación del asegurador en el supuesto de dolo, malicia o mala fe del asegurado es regla constante en la ley 17418, así como la tendencia a mayor benevolencia cuando existe buena fe. Cuando la ley 17418: 8 sanciona con pérdida de las primas al asegurado, alude a la reticencia "dolosa o de mala fe", identificando a esos efectos a ambas figuras jurídicas -aunque la mala fe sea concepto más amplio que el dolo- pues la reticencia implica sencillamente la existencia de conducta en discordia con el imperativo de obrar recta y lealmente; todo dolo implica mala fe.-

Por ello, la culpa o negligencia de la aseguradora no puede invocarse para exculpar la ocultación de antecedentes de importancia, cuando no es verosímil que el asegurado los hubiese olvidado o los ignorase; tal circunstancia no lo libera de su deber de informar con veracidad el estado de riesgo (CNCom., esta Sala, "Sucesión de Jorge Risso Patrón c/ Círculo Cerrado S.A.", 30-6-88; en igual sentido: idem, "Gorski, Roberto c/ Comercial Unión Assurance s/ ordinario", 2-7-93).-

12.3. Como expusiera el juez Butty al adherir al voto de la preopinante en los autos citados al comienzo del capítulo VI., toda exoneración de responsabilidad argumentada por la aseguradora luego de producido el siniestro debe ser interpretada restrictivamente. Y la reticencia -que deberá ser objeto de acción autónoma antes del siniestro- cuando es aducida luego de producido éste, sólo es admisible si reviste el carácter de dolosa.-  
En el caso de autos, es indudable el carácter doloso de la reticencia en que incurriera G. al completar el formulario de declaración jurada de salud, carácter que era conocido por el accionante conforme fuera expuesto en 11.1.-

13. Temporaneidad del acuse de reticencia

**La denuncia del incumplimiento respecto de la carga de pronunciarse en tiempo oportuno la realizó el actor recién al incoar demanda, cuando debió hacerlo al comunicarle la aseguradora la exclusión del siniestro por reticencia de la asegurada (fs. 1000); o, cuando desestimó su pedido de reconsiderar el rechazo anterior (fs. 997).-**

Sin perjuicio de la extemporaneidad de tal acuse que permitiría declarar abstracto el planteo del accionante, corresponde señalar que, **acaecido el evento origen del reclamo, el asegurador puede requerir información sobre el siniestro y las ampliaciones que estime indispensable para su verificación.-**

**Tal carga surge inequívocamente de los arts. 46 y 48, LS, según los cuales "el asegurador tiene derecho... de hacer todas las indagaciones que fuesen menester a los fines de verificar el siniestro y establecer la extensión de la prestación a su cargo, así como la de pedir al asegurado las informaciones complementarias que juzgue necesarias para verificar el siniestro y su cuantía; corriendo con la prueba de los hechos impositivos o extintivos de la obligación que le incumbe...podrá requerirle cualquier clase de prueba que sea razonable..."**

(CNCom., esta Sala, "Oneglia Guillermo Daniel c/ Ruta Coop. de Seguros Ltda.", 4-7-89, y sus citas; idem, "Vázquez José Manuel c/ Acuario Cia. de Seguros S.A.", 15-3-93;; entre otros).-

**Está probado que G. falleció el 18-6-04 y que la aseguradora requirió información adicional el 23-6-04 (fs. 996), reiterada el 26-7-04 (fs. 994) por incumplir el accionante con la carga de remitir la historia clínica de su cónyuge.-**

**Por ende, su rechazo el 18-8-04 resultó temporáneo.-**

## VII. COSTAS

Si bien el principio general en materia de costas consagrado por el art. 68, CPCCN, establece que su imposición debe ser cargada a la parte vencida y en la especie lo fue totalmente el accionante, también es cierto que el juzgador debe apreciar las circunstancias de cada caso concreto con arreglo a la equidad (en igual sentido: CNCom., esta Sala, "Sirio, Luis Alejandro c/ Villalba Hnos. S.R.L. s/ ordinario", 7-2-02).-

Ello así, aun teniendo en cuenta que el actor no salió victorioso ya que su pretensión contra la aseguradora no prosperó, por las características del pleito se estima que el actor pudo creerse con derecho a peticionar, por lo que las costas serán soportadas en el orden causado (CNCom., esta Sala, "Coveri, Alicia c/ Banco de la Provincia de Buenos Aires s/ ordinario", 16-8-06).-

Con mayor razón, cuando la demandada no pudo ignorar que la asegurada distaba de tener una excelente salud como declarara, pues como surge de lo expuesto en el acápite IV, punto 5.4., deambulaba "c/ bastón... c/ limitación funcional...".-

## VIII. CONCLUSIÓN

Por todo lo expuesto, propongo al acuerdo declarar nula la sentencia de primera instancia y rechazar la demanda incoada, con costas en ambas instancias por su orden (arts. 71 y 279, CPCCN). He concluido.-

Por análogas razones el Dr. Bargalló adhirió al voto anterior. Con lo que terminó este Acuerdo que firmaron los Sres. Jueces de Cámara Miguel F. Bargalló y Ana I. Piaggi. La Dra. María L. Gómez Alonso de Díaz Cordero no interviene por hallarse en uso de licencia (art. 109, RJN).-

Buenos Aires, 28 de abril de 2009

Y

VISTOS:

Por los fundamentos del Acuerdo que precede, se resuelve declarar nula la sentencia de primera instancia y rechazar la demanda incoada, con costas en ambas instancias por su orden (arts. 71 y

279, CPCCN).-  
Regístrese por secretaría, notifíquese y devuélvase.//-  
Fdo.: MIGUEL F. BARGALLÓ - ANA I. PIAGGI  
JORGE DJIVARIS, SECRETARIO DE CÁMARA

Citar: elDial AA52B5

Publicado el: 29/05/2009  
copyright © 1997 - 2016 Editorial Albrematica S.A. - Tucumán 1440 (CP 1050) - Ciudad  
Autónoma de Buenos Aires - Argentina