En la ciudad de Trelew, a los 10 días de noviembre del año dos mil veintiséis, se reúne la “Sala 2” de la Cámara de Apelaciones, con la Presidencia del Dr. Guillermo Nicolás Walter y la presencia del Sr. Juez de Cámara Dr. Marcelo Fernando Peral, para celebrar Acuerdo y dictar sentencia definitiva en los autos caratulados: **“Sucesoras de <PER_1> c/ <PER_2> y Otros s/ Daños y perjuicios” (Expte. Nro. 340 - Año 2026 CAT)**, venidos en apelación y expedirse en orden al sorteo practicado. Los Magistrados resolvieron plantear las siguientes cuestiones: PRIMERA: ¿Se ajusta a derecho la sentencia apelada?, SEGUNDA: ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar?

A LA PRIMERA CUESTIÓN, el Dr. Guillermo N. Walter dijo:

1. **SÍNTESIS DE LAS CUESTIONES A RESOLVER**.

1.1.- La Sentencia Definitiva recurrida.

El 18/05/2026, se dictó la Sentencia Definitiva N° 161/2026, mediante la cual se hizo lugar a la demanda promovida contra <PER_2> y <PER_3> , a quienes condenó a abonar a las herederas de <PER_1> la suma de $14.874.190,54, con más intereses y capitalización. Asimismo, extendió la condena a <ANONIMIZAR_1> ., dentro de los límites actualizados de la cobertura, y rechazó la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por la aseguradora. Por otra parte, rechazó la acción contra <PER_4> y <PER_5> y, consecuentemente, la citación en garantía de <PER_6> . Finalmente, las costas se distribuyeron según el resultado de cada pretensión y se regularon los honorarios de los profesionales intervinientes.

Contra dicha resolución, mediante presentación digital ID 2366768 del 23/05/2026, <TEXTO_ANONIMIZAR_1> . interpuso recurso de apelación, el cual fue concedido libremente el 27/05/2026. Mediante presentación digital ID 2526377 del 16/09/2026, la aseguradora fundó su apelación.

La parte actora contestó la expresión de agravios a través del escrito digital ID 2538632 el día 24/09/2026.

1.2. El recurso de apelación de la aseguradora.

La aseguradora apelante sostiene que la sentencia de grado le causa un gravamen irreparable porque interpretó y aplicó de manera equivocada el art. 56 de la Ley 17.418. Según la recurrente, la jueza computó el plazo de caducidad de treinta días desde actos inidóneos para generar el deber de pronunciarse sobre la cobertura, y de allí concluyó que el rechazo del siniestro fue extemporáneo. Esos actos son, por un lado, la denuncia formulada por la propia víctima y, por otro, la notificación del beneficio de litigar sin gastos. La apelante divide su crítica en dos partes, siguiendo el razonamiento del fallo, y agrega luego un tercer argumento autónomo.

Documento anonimizado por AymurAI

En primer lugar, cuestiona que la jueza haya otorgado valor de denuncia del siniestro a la comunicación efectuada por la víctima, la Sra. <PER_1>. Sostiene que los arts. 46 y 47 de la Ley de Seguros ponen la carga de denunciar exclusivamente en cabeza del tomador o asegurado (o su derechohabiente), sin perjuicio de que un tercero autorizado pueda hacerlo ante la imposibilidad física de aquel, supuesto que debe interpretarse restrictivamente.

Afirma que el aviso de un tercero damnificado, aun con actuaciones preventivas, no suple la declaración del contratante ni constituye la denuncia contractual que obliga al asegurador a expedirse. Aclara que la denuncia de la Sra. <PER_1> se refería a su propia relación asegurativa con la misma compañía, por lo que no reemplaza la denuncia que debía hacer el asegurado o tomador de la póliza. Concluye que ese aviso es inoponible a los fines de consagrar una aceptación forzosa de la obligación.

En segundo lugar, critica que la sentencia haya atribuido a la aseguradora conocimiento del siniestro a partir de la notificación del beneficio de litigar sin gastos (cédula del 16/08/2022). Sostiene que ese trámite tiene un objeto procesal taxativo y autónomo, limitado a verificar la capacidad económica de quien pide la franquicia procesal. No implica debate ni emplazamiento sobre la pretensión indemnizatoria ni sobre la cobertura, y la aseguradora comparece solo para controlar la solvencia del peticionante. Alega que no existe norma que equipare una cédula incidental sobre solvencia con un requerimiento expreso y fundado de cumplimiento del contrato. Invoca precedentes sobre la finalidad del beneficio, que es asegurar la igualdad de acceso a la justicia. Agrega que en ese incidente no pueden discutirse cuestiones propias del juicio principal, como la prescripción o la falta de legitimación. Califica de ilógica la interpretación de la jueza, porque llevaría a que las defensas de fondo debieran oponerse al ser notificado el beneficio, siendo que la comparecencia allí es voluntaria y no implica reconocimiento alguno del siniestro ni de las condiciones de la póliza. Por ello, considera que atribuir un reconocimiento tácito de cobertura por el silencio posterior al aviso de la víctima o a la citación en el beneficio vulnera el debido proceso y altera las bases de la Ley de Seguros.

Como consecuencia, afirma que recién tomó conocimiento formal del reclamo con el traslado de la demanda, oportunidad en la que opuso la defensa de “no seguro”, fundada en tres circunstancias: la suspensión de la cobertura por falta de pago del premio (art. 31 de la Ley 17.418), la omisión de denuncia por el asegurado (arts. 46 y 47) y la exclusión de cobertura por narco test positivo para cocaína del conductor (cláusula CG-RC 2.1 inc. 10 de la póliza), circunstancia que dice acreditada pericialmente. Agrega que la carta documento de rechazo, posterior a la notificación de la demanda, solo buscó disipar dudas y no puede considerarse extemporánea, pues su conocimiento del hecho se produjo con la

Documento anonimizado por AymurAI

notificación del escrito de inicio. Al no configurarse los presupuestos del art. 56, sostiene que la desestimación de su defensa es improcedente.

En tercer lugar, y con carácter adicional, la apelante argumenta que el art. 56 ni siquiera resultaba aplicable, porque la cobertura se encontraba suspendida al momento del siniestro por falta de pago de la prima, circunstancia que dice demostrada por la pericia contable. Invoca un precedente de la Cámara de Mar del Plata y la doctrina del Superior Tribunal de Justicia provincial (autos “Manitta”, sentencia n° 19/2023). Según esta doctrina, la suspensión por falta de pago opera de pleno derecho y por el solo vencimiento, es una defensa nacida antes del siniestro y por tanto oponible a la víctima. Se distingue así de las caducidades por incumplimiento de cargas posteriores al siniestro, que son inoponibles (art. 118 de la Ley de Seguros). Añade que la CSJN (“C., P. del V.”, 03/10/2017, con cita de Fallos 307:742, 322:653 y 327:3966) admitió que, probada la cláusula de cobranza y la mora al tiempo del siniestro, no hay razón legal ni contractual para condenar a la aseguradora. De ello deduce que cualquier comunicación posterior de rechazo, incluida la del art. 56, resulta innecesaria.

Pide, en consecuencia, que se revoque la sentencia respecto de su mandante, se haga lugar a la excepción de falta de legitimación pasiva y se rechace la demanda. Califica de absurdo que se la condene a indemnizar como si hubiera cobertura plena, pese a la mora en el pago de la prima, la suspensión de la cobertura y la conducción del vehículo bajo los efectos de drogas.

1.3. La respuesta de la parte actora.

1.3.1. La accionante contesta el traslado de la expresión de agravios de la citada en garantía y plantea, en primer término, la deserción del recurso. Subsidiariamente, y para el caso de que se considere cumplida la carga del art. 268 del CPCC, rebate el fondo de cada una de las tres quejas.

Sostiene que el memorial no contiene la crítica concreta y razonada que exige el art. 268, pues se limita a reiterar la postura asumida al contestar la demanda y oponer la excepción (mora en el pago de la prima y falta de denuncia por el asegurado), sin refutar punto por punto la estructura lógica y jurídica de la sentencia. Afirma que se trata de una mera discrepancia subjetiva con la fundamentación del fallo y, en particular, con la doctrina y jurisprudencia citadas por la sentenciante.

Agrega que la jueza no actuó de manera arbitraria, sino que subsumió los hechos en la doctrina de esta Cámara (Sala 3) en “ <PER_7> c/ <ANONIMIZAR_1> . s/ LDC” (S.D. N° 01/2026). Según la actora, ese precedente califica el plazo del art. 56 de la Ley 17.418 como una carga sustancial y de caducidad inderogable, aplicable aun frente a planteos de mora en la prima o de exclusiones contractuales. Frente a ello, la apelante solo exterioriza un disenso dogmático y cita precedentes inaplicables o de distinto

Documento anonimizado por AymurAI

encuadre, sin demostrar yerro alguno de la magistrada. Concluye que el simple desacuerdo con la interpretación jurisprudencial o la reiteración de defensas ya ensayadas no constituye expresión de agravios y debe declararse desierto el recurso.

1.3.2. En segundo lugar, califica de falaz el razonamiento de la apelante y contrario a la buena fe, y lo rebate con tres argumentos. En primer lugar, sostiene que el conocimiento efectivo del siniestro por parte de la aseguradora. Dice que el 31/01/2022 la Sra. <PER_1> se presentó formalmente ante la aseguradora, comunicó el accidente y acompañó el acta policial. De ese instrumento público surgían el siniestro protagonizado por el vehículo <AUTO_1> (dominio <PAT_1>), conducido por el codemandado <PER>, y su cobertura bajo la póliza de la demandada. Desde ese momento la aseguradora tuvo conocimiento cierto del hecho.

Así, en segundo lugar, indica que si la aseguradora necesitaba mayores precisiones, el art. 46 (párrs. 2° y 3°) de la Ley de Seguros le permitía solicitar información complementaria. En cambio, guardó silencio ininterrumpido durante más de un año y medio, como lo consignó la jueza.

En tercer lugar sostiene que, vencidos los treinta días sin rechazo fehaciente, operó la aceptación tácita e incondicional de la garantía (art. 263 CCCN). La carta documento del 23/08/2023 es manifiestamente extemporánea y, por lo tanto, inoponible.

1.3.3. En relación al segundo agravio, sostiene que la notificación del traslado del beneficio (cédula del 16/08/2022) tiene plena eficacia para computar la carga del art. 56, y que el planteo de la recurrente desconoce las constancias objetivas del expediente. Explica que, al correrse traslado del escrito de inicio del beneficio, se describieron pormenorizadamente los hechos del siniestro, los vehículos involucrados, los daños reclamados y la citación en garantía dirigida contra <TEXTO_ANONIMIZAR>., con lo cual se notificó fehacientemente su intervención.

Frente a ello, entiende que la aseguradora incurrió en una inacción reiterada que contradice la doctrina de los actos propios. Guardó silencio tras la denuncia administrativa de enero de 2022, y mantuvo esa pasividad al ser notificada del inicio del beneficio (16/08/2022) y de su concesión (06/07/2023). Consintió así su intervención en el trámite incidental sin reserva ni objeción alguna sobre la cobertura, y recién se expidió en agosto de 2023, tras ser emplazada en el juicio principal. Para la actora, esa extemporaneidad insostenible sella la aceptación tácita de la garantía.

1.3.4. Plantea también la inaplicabilidad de la suspensión por mora (art. 31 LS) y de la exclusión por narco-test ante la caducidad del art. 56.

Afirma que la tesis de la apelante, sustentada en una cita aislada de la doctrina del STJ (“Manitta c/ Brumas”) y de la CSJN (“C., P. del V.”), es insostenible e inoponible frente al marco normativo y jurisprudencial sobre el que la magistrada estructuró su decisión.

Documento anonimizado por AymurAI

Reitera que la jueza aplicó correctamente la doctrina de esta Cámara en “Boshant” (SD N° 01/2026). Según esa doctrina, el deber de pronunciarse del art. 56 es sustancial y de caducidad inderogable, rige de modo pleno aun ante alegaciones de falta de pago del premio o de causales de exclusión, y el silencio prolongado implica la aceptación iure et de iure del riesgo, que impide oponer eximentes tardías.

Añade que este criterio no es aislado, sino que concuerda con la jurisprudencia preponderante de otros tribunales: la SCJ de Mendoza (“Taboada”), el STJ de Entre Ríos (“Abbate”), el STJ de La Pampa (“Novaretti”) y precedentes de cámaras nacionales y provinciales (como CNCiv., Sala J, “A., P. c/ B. L., E.”, 2025). Todos coinciden en que el deber de declinar la responsabilidad en el plazo perentorio de treinta días rige con independencia de la causa del rechazo. Sostener lo contrario desnaturalizaría la función social y de garantía del seguro obligatorio de responsabilidad civil (art. 68 de la Ley 24.449), cuya finalidad protectoria impide que la desidia y el silencio de la aseguradora se traduzcan en desamparo de la víctima.

2.- **CONSIDERACIONES DE LA SOLUCIÓN A PROPONER**.

2.1. De manera introductoria debo señalar que, al examinar el memorial de agravios, satisface la carga prevista por el art. 268 del CPCC, por lo que no corresponde declarar la deserción solicitada por la actora. La apelante no se limita a reiterar su defensa de “no seguro” ni a expresar una mera disconformidad: identifica los actos que la jueza tomó como punto de partida del plazo del art. 56 de la Ley 17.418 (la comunicación de la víctima y la notificación del beneficio de litigar sin gastos) y explica, con apoyo normativo y doctrinal, por qué ninguno de ellos reúne aptitud legal para ello. Además, cuestiona la aplicación misma del art. 56 en un caso de cobertura suspendida por falta de pago de la prima, invocando doctrina del Superior Tribunal y de la Corte Suprema. Esa crítica, con independencia de su suerte, puntualiza los errores atribuidos al fallo y su incidencia en la decisión, por lo que debe ser tratada (conf. arts. 268 y 269 CPCC).

2.2. Como viene de decirse, la aseguradora sostiene que la jueza aplicó erróneamente el art. 56 de la Ley de Seguros al computar el plazo de rechazo desde la denuncia de la víctima y la notificación del beneficio de litigar sin gastos, actos que no constituyen denuncia del asegurado ni emplazamiento sobre la cobertura.

La jueza abordó la cuestión al tratar la excepción de falta de legitimación pasiva opuesta por <TEXTO_ANONIMIZAR_1>. Esta se fundaba en la suspensión de la cobertura por falta de pago, la falta de denuncia del siniestro y la exclusión por narco test positivo. Señaló que la actora contestó la excepción invocando la falta de rechazo de la cobertura dentro del plazo del art. 56. Según la actora, la aseguradora tuvo conocimiento del siniestro el 31/01/2022 por la denuncia efectuada ese día, y nada dijo hasta contestar la demanda. Tampoco dijo nada tras ser notificada del beneficio de litigar sin gastos.

Documento anonimizado por AymurAI

La magistrada admitió ese planteo. Tuvo por acreditado, con la documental acompañada a la causa, que la denuncia del siniestro se realizó el 31/01/2022 ante la propia <ANONIMIZAR_1>. De allí concluyó que la aseguradora tomó conocimiento del hecho a partir de esa denuncia. Desde entonces corría el plazo máximo de treinta días para decidir y comunicar fehacientemente un eventual rechazo.

Valoró además la denuncia de siniestro y el acta policial que se acompañó con ella. Ambas constan en la documental aportada con la demanda. De la denuncia surge que el <MARCA_AUTOMOVIL> estaba asegurado en la compañía y que el acta policial se acompañó a requerimiento de la propia aseguradora. De ello dedujo que la aseguradora conocía "plena y cabalmente" el hecho y el aseguramiento desde más de un año y medio antes de remitir la pieza postal con la que intentó liberarse de su obligación.

Como argumento adicional, consideró que la aseguradora volvió a tomar conocimiento del accidente y del reclamo judicial, y de su citación en garantía, cuando fue formalmente notificada del beneficio de litigar sin gastos, el 16/08/2022. Al correrse traslado del escrito de promoción del incidente se describió nuevamente el hecho y se identificó a los demandados y a las aseguradoras. Tampoco consta que en esa oportunidad la aseguradora formulara un rechazo en término.

Concluyó que el rechazo contenido en la pieza postal que la citada acompañó, de fecha 23/08/2023, resultaba extemporáneo a la luz del art. 56 de la Ley de Seguros. Para fundar el alcance del art. 56 transcribió el precedente de la Sala 3 de esta Cámara, "Boshant c/ Mercantil Andina" (S.D. N° 01/2026). Allí se sostiene que el deber de pronunciarse es sustancial y no formal. El plazo es de caducidad, corre desde la denuncia del siniestro y solo se interrumpe con el pedido expreso de información complementaria. Vencido sin pronunciamiento, implica la aceptación *iure et de iure* del siniestro y de la cobertura, e impide invocar defensas liberatorias posteriores. Ese criterio rige incluso cuando se alega mora en el pago de la prima. Por ello rechazó la excepción.

2.3. Siendo así, corresponde resaltar que surge de la sentencia de grado, de las presentaciones de las partes y de las constancias que ellas invocan que no se encuentran discutidos los siguientes hechos.

El siniestro ocurrió el 29 de enero de 2021, alrededor de las 14:15 hs., en la Ruta Provincial N° 25. En él participaron la camioneta <VEHICULO_2>, dominio <PAT_2> , el automóvil <AUTO_1> , dominio <PAT_1>, conducido por el Sr. <PER> , y el <AUTO_3> , dominio <PAT_3>, que conducía la Sra. <PER_1>. La sentencia tuvo por acreditados el hecho y la participación de los rodados y personas mencionados con las constancias del Legajo de Investigación Fiscal, Caso N° 25218. Las partes no controvierten que el <AUTO_1> era el vehículo de <PER> ni que estaba asegurado en <ANONIMIZAR_1> ., que reconoce haber emitido una póliza de responsabilidad civil

Documento anonimizado por AymurAI

sobre ese rodado. La aseguradora desconoce solo el número de póliza invocado en la demanda (N° <CBU_1>), y reconoce la N° <CBU_2> .

El 31 de enero de 2022 (dos días después del siniestro), la Sra. <PER_1> efectuó ante <TEXTO_ANONIMIZAR_1> . una denuncia del siniestro, a la que se acompañó el acta policial. Surge de la denuncia que el <AUTO_1> estaba asegurado en esa compañía y que el acta policial se agregó a requerimiento de la propia aseguradora. La apelante no niega que esa comunicación se realizó ni su contenido. Cuestiona únicamente su aptitud legal para activar el plazo del art. 56 de la Ley 17.418, por no provenir del tomador o asegurado.

Más de un año y medio después del siniestro, el 16 de agosto de 2022, se notificó a la aseguradora, mediante cédula, el traslado del beneficio de litigar sin gastos promovido por la Sra. <PER_1>. Se le corrió traslado del escrito de promoción del incidente, en el que se describían el hecho, los demandados y las aseguradoras. La apelante admite la notificación y discute su alcance. La actora afirma, además, que el 6 de julio de 2023 se notificó por cédula a la aseguradora la concesión del beneficio. La sentencia reseña esa afirmación pero no funda en ella su razonamiento.

Con posterioridad, la actora promovió la demanda de daños y perjuicios contra el conductor y la titular registral del <AUTO_1> , contra el conductor y la titular registral de la camioneta <VEHICULO_2>, y contra sus respectivas aseguradoras, a las que citó en garantía. Se corrió traslado de la demanda y <TEXTO_ANONIMIZAR_1> . se presentó a contestarla. Surge de lo expuesto por la propia aseguradora que, según afirma, recién entonces tomó conocimiento formal del reclamo y procedió a interponer la falta de legitimación pasiva correspondiente, conforme lo ya dicho.

A su vez, la aseguradora remitió dos cartas documento. La primera, <ANONIMIZAR_2>, tiene fecha 22 de agosto de 2023 —es decir, un año después de haber sido notificada del beneficio de litigar sin gastos iniciado y dos años y medio después de la denuncia de siniestro por parte de un tercero— y rechazaba el siniestro por falta de pago de la prima y falta de denuncia del asegurado. Fue dirigida al domicilio de póliza y, según la aseguradora, no fue recepcionada por el tomador. La sentencia y la actora refieren a una pieza postal de fecha 23 de agosto de 2023. La segunda, N° <ANONIMIZAR_3>, es del 7 de septiembre de 2023 (un poco mas de dos semanas después de la primera carta documento) y rechazaba el siniestro por narco test positivo.

Al contestar la demanda en este proceso, <TEXTO_ANONIMIZAR_1>. opuso excepción de falta de legitimación pasiva, con tres fundamentos: la suspensión de la cobertura por falta de pago de la prima (art. 31 de la Ley 17.418 y cláusula de cobranza CA-CO 6.1 de la póliza), la falta de denuncia del siniestro por el asegurado (arts. 46, 47 y 48) y la exclusión de cobertura por conducción bajo la influencia de drogas (cláusula CG-RC 2.1,

Documento anonimizado por AymurAI

inc. 10). Para el último fundamento invocó el acta policial N° 32/22, que consigna un resultado positivo de narco test para cocaína respecto del Sr. <PER> . Por su parte, la actora contestó el traslado de la excepción e invocó la extemporaneidad del rechazo conforme al art. 56 de la Ley 17.418.

2.4. Para resolver los agravios de la citada en garantía, corresponde partir de la interpretación del art. 56 de la Ley 17.418 que he sostenido en anteriores precedentes de esta jurisdicción (entre ellos, “ <PER_8> c/ <PER_9> y otra s/ daños y perjuicios”, CAT, Sala B, SDC N° 8/2022; “<PER_10> <PER_11> c/ <TEXTO_ANONIMIZAR_4> . de Seguros Generales s/ Cumplimiento de Contrato”, CAT, Sala A, SDC N° 10/2024; y “ <PER_12> c/ <PER_13> s/ Daños y Perjuicios”, CAPM, SDC N° 68/2025). Las razones expuestas en esos pronunciamientos resultan aplicables al caso, tanto en lo concerniente al alcance del deber de pronunciarse como a las consecuencias jurídicas del silencio de la aseguradora.

El art. 56 de la Ley de Seguros establece que “*El asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista en los párrafos segundo y tercero del art. 46. La omisión de pronunciarse importa aceptación*”. La utilización de las expresiones “debe pronunciarse” e “importa aceptación” revela el carácter imperativo de la disposición y determina que el silencio durante el plazo legal produzca la aceptación *iure et de iure* de las consecuencias del siniestro. Se trata de una carga sustancial, cuyo incumplimiento, cumplimiento defectuoso o extemporáneo acarrea la consecuencia prevista por la propia ley (conf. CNCom., sala A, “Zorrilla de Carrizo c. Inca Cía. de Seguros”, LA LEY, 1996-D, 179; RANGUGNI, Diego E., “Seguros. Comentarios sobre el art. 56 de la ley 17.418”, LA LEY, 2002-C, 1066).

En términos generales, la carga constituye un “imperativo del propio interés”; más precisamente, es el poder o facultad de ejecutar libremente ciertos actos o adoptar una conducta prevista por la norma en beneficio e interés propio, cuya inobservancia acarrea consecuencias desfavorables (conf. DEVIS ECHANDÍA, Teoría general de la prueba judicial, Tomo I, 6ª ed., 2011, Temis, Bogotá, p. 401).

Esta obligación exige que la aseguradora comunique de manera efectiva y clara su decisión de aceptar o rechazar el siniestro, mediante una comunicación dirigida al último domicilio declarado por el asegurado, conforme al art. 16, segunda parte, de la Ley 17.418. Su fundamento reside en la necesidad de asegurar una respuesta diligente y oportuna que permita determinar, liquidar y, en su caso, pagar la prestación convenida, otorgando certeza a las relaciones contractuales y evitando que la víctima o el asegurado deban soportar las consecuencias de una indefinición prolongada. En ese sentido, la omisión de pronunciarse no constituye una irregularidad meramente formal, sino el

Documento anonimizado por AymurAI

incumplimiento de una carga legal cuya consecuencia ha sido expresamente establecida por el legislador [conf. Scolara, Eduardo – Scolara, Verónica A., en glosa al art. 56 de la Ley de Seguros, en “Código de Comercio: comentado y anotado”, Tomo II, Rouillon, Adolfo (dir.), 1era. Ed., Buenos Aires, La Ley, 2005, p. 89].

La finalidad de la norma se vincula con la función económica y social del seguro y con la necesidad de asegurar el funcionamiento ágil y confiable del sistema. La actividad aseguradora supone una gestión profesional y especializada de capitales, sometida a regulación y control estatal, de la que cabe esperar una respuesta pronta y eficaz frente al acaecimiento del riesgo. La celeridad, la buena fe, la diligencia y la lealtad contractual constituyen, por ello, exigencias inherentes a la ejecución del contrato. Como ha señalado Piedecasas, la norma procura suministrar rapidez y certeza al tráfico asegurador y evitar dilaciones, finalidad que justifica su aplicación rigurosa; en igual sentido, Stiglitz destaca la importancia del deber de pronunciamiento dentro de la estructura del sistema (conf. Informe de la Comisión Redactora de la ley 17.418; Piedecasas, Miguel A., “El silencio de la aseguradora. En memoria del maestro Rubén S. Stiglitz”, LA LEY 01/09/2020, 1; TR LALEY AR/DOC/2776/2020; Stiglitz, Rubén S., “Derecho de seguros”, Ed. La Ley, 5ª ed. actualizada y ampliada, t. II, p. 290).

En la misma dirección, Halperín advierte que resulta inexcusable que las aseguradoras, que establecen para los asegurados plazos perentorios y procedimientos expeditivos, demoren injustificadamente su propia respuesta cuando aquellos necesitan obtener la prestación correspondiente [HALPERIN, Isaac, “Seguros (exposición crítica de las leyes 17.418 y 20.091)”, Ed. Depalma, Buenos Aires, 1986, 2ª ed. actualizada por Juan Carlos F. MORANDI, ps. 592-3].

La aplicación de esta regla no depende de que la aseguradora invoque una u otra causa para desconocer la garantía. El art. 56 no distingue entre la caducidad derivada de la inobservancia de cargas legales o convencionales, la exclusión de cobertura y la suspensión de la cobertura por falta de pago del premio. Por consiguiente, el intérprete no puede introducir distinciones que la ley no contempla —*ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus*— (CS, 06/06/2017, “Flores, Lorena R. c. Giménez, Marcelino O. y otros s/ daños y perjuicios”).

En consecuencia, el deber de pronunciarse rige también cuando la aseguradora considera que el riesgo se encuentra excluido o que la cobertura estaba suspendida al momento del siniestro (conf. Stiglitz, Rubén S., “Derecho de Seguros”, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2016, 6ª ed., t. I, p. 652).

Así lo ha reconocido, por ejemplo, la jurisprudencia mendocina al señalar que la obligación subsiste tanto en los seguros operativos como en aquellos cuya cobertura se encuentra suspendida por falta de pago de la prima (conf. SC Mendoza, 2003/12/16,

Documento anonimizado por AymurAI

<TEXTO_5> y otro en: Cabezas Walter c. <PER_14> y otro. RCyS, Año VII Nro. 1, enero de 1005, p. 101).

La misma conclusión se impone a partir de la regla hermenéutica según la cual la primera fuente de interpretación es la letra de la ley, cuyo sentido no puede alterarse mediante valoraciones subjetivas cuando el texto es claro (conf. CSJN, Fallos 299:168; Fallos 300:687 y 958; 301:849; 304:1745; SCBA, DJJBA 116-133 y 357).

Tampoco cabe considerar que la existencia de una cláusula de exclusión coloque al supuesto fuera del contrato y, por esa sola razón, sustraiga a la aseguradora del deber de pronunciarse. Tales cláusulas integran el plexo contractual predispuesto por la propia compañía y delimitan los riesgos que esta acepta cubrir. Aunque describan circunstancias en las que no habrá de operar la garantía, forman parte de la póliza y regulan los derechos y obligaciones de las partes; no eliminan, por sí mismas, la existencia del vínculo contractual ni la necesidad de definir oportunamente si el supuesto concreto queda comprendido en la exclusión invocada. En este sentido, Federik explica que las denominadas exclusiones de cobertura integran el contrato de seguro y deben examinarse dentro de ese marco contractual (conf. Federik, Carlos J. M., “El artículo 56 de la ley de seguros y las denominadas ‘exclusiones de cobertura’, argumentos para un debate que pareciera no tener fin”, RCyS 2019-VIII, 191; TR LALEY AR/DOC/1853/2019).

Las exclusiones delimitan el riesgo asegurado mediante la descripción de hipótesis o circunstancias, de naturaleza subjetiva, objetiva, temporal o espacial, en las que no se generará la obligación de garantía. Se trata, por tanto, de supuestos incorporados a la póliza y predispuestos por el asegurador, cuya aplicación exige determinar si se verificaron los presupuestos fácticos previstos. De allí que su invocación no autorice a prescindir del deber de pronunciarse, pues la decisión sobre la procedencia de la exclusión integra precisamente la determinación del derecho del asegurado a la prestación (conf. Stiglitz, Rubén S., “Pronunciamiento Del Asegurador (Art. 56, L. S.)”, RCyS 2009-VI, 3, TR LALEY AR/DOC/1928/2009, con cita a Picard, M. - Besson, A., Les Assurances terrestres, L.G.D.J, París, 1982, t. I, N° 125, pág. 210; Fontanarrosa, R., “El régimen de caducidades establecido en el art. 36 de la ley 17.418”, Revista de Derecho de Seguros, n° 1, pág. 36; Halperin, I., Seguros, cit., t. I, N° 7, pág. 383; STIGLITZ, R. S., “Derecho de Seguros”, LA LEY, Bs. As., 2008, t. I, n° 213, pág. 258; CNCiv., Sala L, 26/5/1995, “Correa, M. c. Carbonetto Kolin, D.”, LA LEY, 1998-B, 912, jurisp. agrup., caso 12.430; CCiv. y Com. San Martín, sala 1ª, 8/7/2004, “Benitez E. c. Fernández N.”, JA, 2006-I-síntesis; CNCom., Sala B, 14/11/1979, “Musante, J. c. La Agrícola Cía. de Seg.”, LA LEY, 1980-D, 160; CNFed., Sala II, Civ. y Com., 22/8/1980, “Mata, A. c. Caja Nac. de Ahorro y Seg.”, JA, 1981-I-658; ED, 91-143; CNCiv., Sala L, 26/5/1995, “Correa, M. c. Carbonetto Kolin, D.”, LA LEY, 1998-B, 912, jurisp. agrup., caso 12.431).

Documento anonimizado por AymurAI

La interpretación expuesta se corresponde, además, con las facultades de información e investigación que la ley reconoce a la aseguradora. El art. 46 le permite requerir información complementaria y efectuar las averiguaciones necesarias para verificar el siniestro y determinar la extensión de la prestación a su cargo. Por ello, no cabe concebirla como un sujeto pasivo que se limita a recibir información, sino como un agente profesional que debe recabarla, investigar y verificar los extremos relevantes dentro del marco temporal previsto por la ley (TSJ Cba., sala Civil, 30/12/2015, “Bayona, Eduardo M. y otro c. Celiz, Oscar L. - ordinario - daños y perj.”, del voto en mayoría del Dr. Sesín; CNCom., sala C, 25/09/2012, “Transchemical SA c. Boston Cía. Argentina de Seguros SA s/ ordinario”).

Este deber se vincula con la buena fe contractual y con la obligación de información que pesa sobre quien predispone las condiciones del contrato. En los seguros celebrados por adhesión, y con mayor razón cuando se configuran relaciones de consumo, el asegurado tiene derecho a recibir información suficiente y comprensible sobre la decisión que condiciona el pago de la prestación (art. 42, CN; art. 4º, ley 24.240 s/ ley 26.361; Lorenzetti, Ricardo L., “Código Civil y Comercial de la Nación Comentado”, Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2014, 1ª ed., t. I, p. 53).

La necesidad de que la aseguradora se expida incluso ante una posible exclusión permite al asegurado conocer oportunamente las razones del rechazo, controvertirlas y demostrar, en su caso, que el riesgo se encontraba cubierto o que no concurrían los presupuestos fácticos de la exclusión. Al mismo tiempo, define la posición contractual de las partes y favorece una eventual rectificación del rechazo o una solución extrajudicial, evitando litigios innecesarios [TS Córdoba, sala Civ. y Com., “Bayona c. Céliz”, LLC abril/2016, p. 257; Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de 5a Nominación de Córdoba, 06/02/2020, Heredia, Mariano Enrique y otro c. Royal & Sun Alliance Seguros (Argentina) SA, RCyS 2020-IX, 233, TR LALEY AR/JUR/14107/2020].

En esa misma línea, Halperín ha destacado que el silencio del asegurador, en relación con la inclusión o exclusión de riesgos, no constituye una cuestión formal, sino sustancial, pues resulta inadmisible que un empresario especializado no esté en condiciones de rechazar oportunamente un siniestro determinado (conf. “Interpretación. Riesgos incluidos. Responsabilidad. Silencio del asegurador”, en comentario al fallo de la CNCom., sala A, 10/06/1969, LA LEY 138-282; “Seguros. Reseña crítica de jurisprudencia. 1970”, RDCO, año 5, 1972, Ed. Depalma, Buenos Aires, ps. 85-6). Por ello, como ha señalado la Dra. Kemelmajer de Carlucci, la falta de una explicación clara y oportuna puede generar en el asegurado la legítima expectativa de que el siniestro ha sido aceptado (LA LEY, 1996-D, 186, y causa “Centinella”, del 16/12/2003).

Documento anonimizado por AymurAI

El mismo fundamento se advierte en el criterio según el cual, si bien el seguro es un contrato de adhesión a cláusulas predispuestas, es la aseguradora quien se encuentra en mejores condiciones para delimitar con precisión la extensión de sus obligaciones, sin crear en el tomador una falsa creencia acerca de la existencia de una garantía. La delimitación del riesgo debe interpretarse atendiendo a las condiciones contractuales, sin desconocer la posición de quien las predispone (conf. CAPM, SDC N° 18/2016, con cita a CNCiv., sala H, 13/02/2015, Barreto, Juan Ramón c. Aguilar Chaux, Helnen y otros s/ daños y perjuicios, RCyS 2015-VIII, 144; RCyS 2015-IX, 224, AR/JUR/1358/2015; Stiglitz, Rubén S., Derecho de seguros, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2008, págs. 57/58; Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Mendoza, sala I, 18/12/2013, B., R. G. y ots. c. R., R. E. y ots. s/ d. y p. s/ inc. cas., LA LEY 17/02/2014, 11; P.Q.S.LLGran Cuyo 2014 (marzo), 155; RCyS 2014-IV, 216; LA LEY 15/04/2014, 7; DJ 11/06/2014, 53; TR LALEY AR/JUR/85939/2013).

En definitiva, cuando la ley impone el deber de explicarse, el silencio adquiere el alcance que ella misma le atribuye. No se trata de una manifestación tácita de voluntad deducida de las circunstancias, sino de una voluntad presumida legalmente, cuya consecuencia es la aceptación prevista en el art. 56 (conf. Galli, Enrique V., “El valor jurídico del silencio”, AR/DOC/5310/2010).

Por ello, la obligación de pronunciarse constituye una carga que debe cumplirse en el plazo legal y que alcanza a los supuestos de exclusión expresa o tácita, caducidad por incumplimiento de cargas normativas o convencionales y suspensión de cobertura por falta de pago del premio (conf. Stiglitz, Rubén, “Notas sobre cuestiones relativas al contrato de seguro”, LA LEY, 2011-E, 1206; Stiglitz, Rubén, “Pronunciamiento del asegurador”, RCyS 2009-VI, 3).

Su incumplimiento determina la aceptación contemplada en la norma, cuyo plazo de caducidad puede incluso ser aplicado de oficio, pues el silencio presupone la falta de objeciones dentro del término legal [conf. Cámara 3a de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Minas, de Paz y Tributaria de Mendoza, 12/12/2011, <PER_15>

c. HSBC La Buenos Aires Seguros S.A. p/cuest. deriv. contratos de seguro, LLGran Cuyo 2012 (marzo), 198, TR LALEY AR/JUR/84142/2011].

Resta precisar desde cuándo corresponde computar ese plazo. Como señalé en “Postigo”, cuando la aseguradora adquiere conocimiento cierto del siniestro, ya sea mediante una comunicación acompañada de las actuaciones preventivas o a través de su intervención fehaciente en trámites judiciales conexos en los que se detallan los hechos y la citación en garantía, se inicia el curso del plazo previsto en el art. 56. Desconocer la eficacia de esos actos y postergar el conocimiento relevante hasta el traslado de la demanda principal resulta incompatible con la buena fe y con la doctrina de los actos

Documento anonimizado por AymurAI

propios, que impide adoptar conductas contradictorias con la confianza legítimamente generada. Es cierto que hacer responder a la aseguradora por un siniestro cuya cobertura se encontraba suspendida o excluida puede repercutir en el aspecto técnico del seguro; sin embargo, los instrumentos legales para investigar el hecho, verificar la cobertura y formular oportunamente el rechazo se encuentran a disposición de la propia compañía, que no puede invocar los límites de la garantía para beneficiarse de su desidia o negligencia profesional.

2.5. Sobre la base de esas premisas, el argumento central de la apelante —según el cual la falta de denuncia del tomador o asegurado impidió que naciera el deber de pronunciarse— no puede prosperar. En el caso no se discute que el asegurado no efectuó la denuncia, pero tampoco que <TEXTO_ANONIMIZAR> . tomó conocimiento del siniestro por otros medios. En efecto, el 31 de enero de 2022, la Sra. <PER_1> comunicó directamente el hecho a la compañía y acompañó el acta policial que esta le había requerido. Posteriormente, el 16 de agosto de 2022, la aseguradora fue notificada del traslado del beneficio de litigar sin gastos promovido por la misma damnificada, en cuyo escrito se describían el accidente, los demandados y las aseguradoras involucradas, y se anunciaba la citación en garantía. Pese a ello, no consta que la compañía hubiera rechazado la cobertura ni solicitado información complementaria antes de recibir la notificación de la demanda principal.

La finalidad de la carga establecida por el art. 46 de la Ley 17.418 es que el asegurador conozca oportunamente el hecho susceptible de comprometer la garantía y pueda ejercer las facultades que le reconoce el art. 75: verificar el siniestro, controlar su origen y causa, determinar la magnitud de los daños y a los responsables, atenuar sus consecuencias y evitar fraudes. Desde esa perspectiva, se trata de una carga de carácter finalista, cuya razón de ser se satisface cuando la noticia llega efectivamente al asegurador, sin que las formalidades relativas a la persona que la transmite puedan prevalecer sobre esa finalidad (conf. Scolara, Eduardo R. y Scolara, Verónica A., en “Código de Comercio, comentado y anotado”, T. II, dirigido por Adolfo Rouillón, 1era. Ed., ed. La Ley, Buenos Aires, 2006, p. 69).

Esta interpretación encuentra respaldo, además, en los supuestos en que la propia ley admite que el tomador quede relevado de la carga de denunciar cuando la aseguradora despliega conductas que presuponen el conocimiento del hecho, como sucede al intervenir en las operaciones de salvamento o en la comprobación del siniestro o del daño. En consecuencia, si la finalidad de la denuncia es poner al asegurador en condiciones de investigar y definir su posición, no cabe desconocer ese efecto cuando la información llega por la actividad de un tercero, en este caso, la propia víctima del accidente, mediante

Documento anonimizado por AymurAI

una comunicación directa y circunstanciada acompañada del acta policial requerida por la compañía.

Incluso se ha admitido que la información puede reputarse satisfecha a partir de noticias difundidas por los medios de comunicación sobre sucesos graves de público y notorio conocimiento; con mayor razón, corresponde reconocer eficacia a una comunicación directa de la víctima ante la aseguradora, seguida de una notificación judicial en la que se individualizan el hecho, las partes y la intervención pretendida de la compañía (conf. Scolara, Eduardo R. y Scolara, Verónica A., en “Código de Comercio, comentado y anotado”, T. II, dirigido por Adolfo Rouillón, 1era. Ed., ed. La Ley, Buenos Aires, 2006, p. 69).

Frente a esa información, la aseguradora disponía de las herramientas necesarias para investigar las circunstancias del siniestro y determinar si correspondía aceptar o rechazar la cobertura. Si consideraba insuficientes los elementos disponibles, podía requerir la información complementaria prevista en los párrafos segundo y tercero del art. 46 y suspender, en los términos legales, el curso del plazo para pronunciarse. No cabe admitir, por tanto, que alegue desconocimiento del hecho o imposibilidad de expedirse cuando tuvo a su alcance tanto la comunicación administrativa de la víctima como la posterior notificación judicial. Su inacción durante un lapso prolongado no puede trasladar a la damnificada las consecuencias de una omisión que estaba bajo el control de la propia compañía.

La conclusión se refuerza si se atiende a la condición profesional de la aseguradora. En su carácter de sujeto especializado del mercado asegurador, no puede invocar su propia torpeza para eludir las consecuencias jurídicas de su conducta omisiva. Frente a una comunicación que le permitía individualizar el siniestro e iniciar las averiguaciones pertinentes, tenía la carga de expedirse oportunamente acerca del derecho del asegurado y de la extensión de la cobertura o, en su caso, de hacer saber en tiempo y forma las razones que justificaban la suspensión del pronunciamiento. Aun si se entendiera que la comunicación inicial no reunía todos los elementos necesarios, la posterior notificación del beneficio de litigar sin gastos le proporcionó una nueva oportunidad para definir su posición. No resulta jurídicamente admisible que quien podía actuar conforme a las exigencias legales obtenga una ventaja de su propio silencio, en perjuicio de la víctima. No se trata de sancionar una deficiencia formal, sino de impedir que el incumplimiento de una carga impuesta en interés de la propia aseguradora se convierta en fundamento para eludir sus consecuencias. En ese sentido, la jurisprudencia provincial ha sostenido que quien contribuye a generar una situación irregular no puede luego prevalerse de su propia conducta para obtener un beneficio, pues el ordenamiento no ampara la invocación de la

Documento anonimizado por AymurAI

propia torpeza en provecho de quien la ocasionó (STJ Chubut, SD N° 01/SCA/2003; SD Nº 2/SCA/1999; CAT, Sala A, SDL Nº 25/2012).

2.6. Por tanto, la conclusión expuesta no importa desconocer la doctrina del Superior Tribunal de Justicia en autos “Manitta, Adolfo Pablo y otros c/ Brunas, Paul Alberto s/ Daños y Perjuicios (Expte. 506/2018 CAT)”, ni atribuir al art. 56 de la Ley 17.418 el efecto de crear o restablecer una cobertura inexistente. En aquel precedente se consideró oponible a la víctima la suspensión de la cobertura por falta de pago de la prima, sobre la base de que el asegurado había abonado únicamente la primera cuota, las restantes se encontraban impagas y, conforme a las condiciones de la póliza, el contrato se había extinguido antes del accidente. Sin embargo, la cuestión aquí examinada presenta un aspecto adicional y decisivo: las consecuencias jurídicas de la conducta asumida por la aseguradora después de haber tomado conocimiento cierto del siniestro. En efecto, en “Manitta” se destacó que el hecho no había sido denunciado ante la compañía, por lo que el Superior Tribunal no tuvo que resolver si ésta podía omitir todo pronunciamiento luego de conocer el siniestro y reservar la invocación de la suspensión de cobertura hasta la contestación de la demanda.

Por ello, no resulta atendible sostener que la sentencia se aparta de aquella doctrina por el solo hecho de exigir a la aseguradora un pronunciamiento oportuno. El criterio aquí adoptado no desconoce que la suspensión de cobertura por falta de pago puede constituir una defensa anterior al siniestro y, en principio, oponible a la víctima; distingue, en cambio, entre la existencia de esa defensa y el cumplimiento del deber legal de expedirse en tiempo oportuno, cuya observancia debe analizarse a partir de las circunstancias acreditadas en la causa. Tampoco se atribuye al silencio la aptitud de crear un riesgo no asegurado, sino que se examina si la compañía puede invocar tardíamente una circunstancia excluyente de su obligación después de haber tenido conocimiento cierto del hecho y de contar con la posibilidad de comunicar su posición. En consecuencia, la solución no contradice la doctrina de “Manitta”, pues no altera la regla allí aplicada, sino que responde a una cuestión distinta, relativa al alcance del deber previsto en el art. 56 de la Ley 17.418 frente a la conducta concretamente desplegada por la aseguradora.

Corresponde, en consecuencia, desestimar los agravios de la apelante y confirmar la sentencia de grado en cuanto fue materia de recurso.

3.- **SÍNTESIS DE LA SOLUCIÓN A PROPONER**.

3.1. En consecuencia, por los fundamentos dados, propongo al acuerdo confirmar la sentencia apelada en todo aquello que fue motivo de agravios.

3.2. En cuanto a las costas de Alzada, propongo que las mismas sean impuestas a la citada en garantía vencida (art. 69 del CPCC).

Documento anonimizado por AymurAI

3.3. En atención a la calidad y resultado de los trabajos profesionales cumplidos en esta instancia, la complejidad de la cuestión, y el éxito obtenido, propongo que los honorarios de los Dres. <PER_16> y <PER_17> , en conjunto como letrados apoderados de la parte actora, en el 6%, incluyendo el plus procuratorio; los del Dr. <PER_18> , letrado patrocinante de <TEXTO_ANONIMIZAR> en el 2,75%, mientras que al Dr. <PER_19> en su carácter de apoderado el 1% por el plus procuratorio. En todos los casos con más el IVA en caso de corresponder, y dejando a salvo los mínimos legales. (arts. 5, 6, 7, 8, 9, 38, 46 y ccdtes. Ley XIII N° 4).

Por los fundamentos expuestos anteriormente, a la primera cuestión voto por la AFIRMATIVA.

I. A LA PRIMERA CUESTIÓN; el Dr. Marcelo Peral dijo:

1.- El pronunciamiento apelado, los agravios expresados por la aseguradora citada en garantía y la contestación del actor, se encuentran debidamente reseñados por el Dr. Walter en el punto 1 (apartados 1.1, 1.2 y 1.3) de su voto, a los que me remito para evitar innecesarias reiteraciones (conf. art. 2 ley V N° 203).

2.- En cuanto a la solución del caso, conforme lo establecido en el artículo 3 de ley V N° 203, dejo constancia que comparto y coincido con el núcleo central de las consideraciones formuladas en relación a los planteos recursivos articulados y con las conclusiones expresadas en el considerando 2 del voto emitido por el Dr. Walter y asimismo coincido con la solución que propone en el considerando 3 (puntos 3.1, 3.2 y 3.3).

En virtud de dicha coincidencia y a los efectos de exteriorizar las razones de la misma, estimo pertinente puntualizar:

(i) Que como surge de la ley de seguros, la obligación de pronunciarse establecida en su art. 56 constituye una carga sustancial de la aseguradora, cuyo incumplimiento dentro del plazo legal importa la aceptación del siniestro.

(ii) Que la aseguradora, después de recibir la denuncia del siniestro, debe pronunciarse conforme lo establece el art. 56, siendo claro que el plazo previsto en dicha norma se computa desde que se considera efectuada la denuncia y/o desde que se recibe la información complementaria prevista en el art. 46.

(ii) Que la exigencia legal de un pronunciamiento oportuno no puede quedar subordinada exclusivamente a la identidad de quien comunica el siniestro, máxime cuando se encuentra acreditado que la aseguradora, por haber recibido reclamo de un tercero, adquirió conocimiento cierto del hecho y estuvo en condiciones de ejercer las facultades de verificación que le reconoce el ordenamiento.

Ello es así, dado que la carga de denuncia contemplada en el art. 46 de la Ley 17.418 tiene por finalidad posibilitar que la aseguradora conozca el acontecimiento y pueda

Documento anonimizado por AymurAI

investigar sus circunstancias, determinar sus consecuencias y establecer la procedencia de la cobertura y esa finalidad sin duda se satisface cuando la información llega efectivamente a su conocimiento, aunque provenga de un tercero, siempre que resulte suficiente para individualizar el siniestro y permitir las averiguaciones pertinentes.

(iii) Que en el caso, como destaca el primer votante, se encuentra acreditado: (i) que el 31 de enero de 2022 la Sra. <PER_1> comunicó directamente el siniestro a <TEXTO_1> ., acompañando el acta policial requerida por la propia compañía y (ii) que posteriormente, el 16 de agosto de 2022, la aseguradora fue notificada del traslado del beneficio de litigar sin gastos promovido por la damnificada, en cuyo escrito se individualizaba el accidente, las partes involucradas y las aseguradoras cuya citación se pretendía.

(iv) Que las circunstancias apuntadas demuestran que la compañía contó con información suficiente para conocer el hecho y adoptar una decisión acerca de la cobertura. Sin embargo, no consta que hubiera solicitado información complementaria en los términos del art. 46 de la Ley 17.418 ni comunicado su rechazo en tiempo oportuno. Recién mediante las cartas documento de agosto y septiembre de 2023 invocó la suspensión de cobertura por falta de pago de la prima, la omisión de denuncia del asegurado y la exclusión vinculada con el resultado positivo del narco test.

(v) Que como expresa el Dr. Walter en su voto, dichas comunicaciones resultaron extemporáneas. La aseguradora no podía, después de conocido el siniestro, mantenerse sin emitir pronunciamiento alguno durante un período que excede largamente el plazo previsto en el art. 56 de ley 17.418 y posteriormente pretender que ese plazo legal debe computarse desde la notificación de la demanda. Admitir esa interpretación importaría desconocer la finalidad del art. 56 y permitir que la compañía obtenga una ventaja de su propia conducta omisiva.

(vi) Que conforme a las precisiones que efectúa el primer votante, la doctrina establecida por el Superior Tribunal de Justicia en el precedente “Manitta” no es aplicable al caso.

Al respecto, es de suma importancia recordar que en ese precedente se examinó la oponibilidad a la víctima de la suspensión de cobertura por falta de pago de la prima, en un caso en que el siniestro no había sido denunciado a la aseguradora, mientras que en el presente proceso se encuentra acreditado que la compañía adquirió conocimiento cierto del accidente y que recibió un reclamo de la tercera damnificada, y pese a ello, omitió pronunciarse oportunamente.

La diferencia resulta jurídicamente relevante, pues aquí no se trata de desconocer la posibilidad de invocar una suspensión o exclusión de cobertura, ni de atribuir al silencio la aptitud de crear un riesgo no asegurado, sino de determinar las consecuencias del

Documento anonimizado por AymurAI

incumplimiento de la carga legal de pronunciarse cuando la aseguradora se encontraba en condiciones de hacerlo.

En ese marco, considero acertada la conclusión del Dr. Walter en cuanto sostiene que la doctrina del caso "Manitta" no impide aplicar al supuesto examinado las consecuencias previstas en el art. 56 de la Ley 17.418.

3.- En definitiva, por lo expresado y como anticipé, coincido con el Dr. Walter en que el recurso articulado por la aseguradora no puede prosperar. Por tal razón, propongo la confirmación del pronunciamiento de primera instancia y asimismo, también postulo que las costas de esta instancia se impongan a la recurrente vencida (conf. art. 69 CPCC).

En cuanto a los honorarios por las tareas de segunda instancia, por la extensión y eficacia de las mismas, concuerdo en regular los correspondientes a los letrados apoderados de la parte actora, Dres. <PER_16> y <PER_17> , en conjunto, el 6%, incluyendo el plus procuratorio; los del Dr. <PER_18> , letrado patrocinante de <TEXTO_ANONIMIZAR> en el 2,75%, y los del Dr. <PER_19> , en su carácter de apoderado, el 1% por el plus procuratorio. En todos los casos con más el IVA en caso de corresponder, y dejando a salvo los mínimos legales. (arts. 5, 6, 7, 8, 9, 38, 46 y ccdtes. Ley XIII N° 4).

En consecuencia, a esta primera cuestión también me expido POR LA AFIRMATIVA.

A LA **SEGUNDA CUESTIÓN**, el Dr. Walter expresó

Visto el acuerdo alcanzado al tratar las cuestiones precedentes, corresponde:

1) CONFIRMAR la Sentencia Definitiva N° 161/2026 en todo aquello que fuera materia de agravios.

2) IMPONER las costas de segunda instancia a la citada en garantía vencida.

3) REGULAR los honorarios de los Dres. <PER_16> y <PER_17> , en conjunto, en el 6%; los del Dr. <PER_18> en el 2,75%; y los del Dr. <PER_19> en el 1%. En todos los casos con más el IVA en caso de corresponder, y dejando a salvo los mínimos legales. (arts. 5,6,7,8,9,38,46 y ccdtes. Ley XIII N° 4).

4) Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Tal mi voto.

II. <u>A LA SEGUNDA CUESTIÓN</u>, el Dr. Marcelo Fernando Peral expuso:

Conforme lo indicado a expedirme respecto de la primera cuestión, corresponde:

1). CONFIRMAR la Sentencia Definitiva N° 161/2026 en todo aquello que fuera materia de agravios.

2) IMPONER las costas de segunda instancia a la citada en garantía vencida.

3) REGULAR los honorarios de los Dres. <PER_16> y <PER_17> , en conjunto, en el 6%; los del Dr. <PER_18> en el 2,75%; y los del Dr. <PER_19>

Documento anonimizado por AymurAI

FERNÁNDEZ CITTADINI en el 1%. En todos los casos con más el IVA en caso de corresponder, y dejando a salvo los mínimos legales. (arts. 5,6,7,8,9,38,46 y ccdtes. Ley XIII N° 4).

4) Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Así lo voto.

Con lo que se dio por terminado el Acuerdo (art. 274 del C.P.C.C.), pasándose a dictar:

S E N T E N C I A:

Por los fundamentos del Acuerdo precedente, la “Sala 2” de la Cámara de Apelaciones de la ciudad de Trelew; RESUELVE:

1) CONFIRMAR la Sentencia Definitiva N° 161/2026 en todo aquello que fuera materia de agravios.

2) IMPONER las costas de segunda instancia a la citada en garantía vencida.

3) REGULAR los honorarios de los Dres. <PER_16> y <PER_17> , en conjunto, en el 6%; los del Dr. <PER_18> en el 2,75%; y los del Dr. <PER_19> en el 1%. En todos los casos con más el IVA en caso de corresponder, y dejando a salvo los mínimos legales. (arts. 5,6,7,8,9,38,46 y ccdtes. Ley XIII N° 4).

4) Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Regístrese, notifíquese y devuélvase.

Suscripta digitalmente por:

Guillermo WALTER

Marcelo PERAL

Registrada como sentencia definitiva N° 11 /2026 SDC

Florencia CESARI (Secretaria)

Documento anonimizado por AymurAI