----En la ciudad de Trelew, a los días del mes de abril del año dos mil diecinueve, se reúne la Sala “A” de la Cámara de Apelaciones, con la Presidencia del Dr. Marcelo Fernando Peral y la presencia de la Sra. Jueza de Cámara Dra. Florencia Cordón Ferrando, para celebrar acuerdo y dictar sentencia definitiva en los autos caratulados: **“C., R. J. y Otra c/ C. DE S. S.A. s/ Cobro de Pesos” (Expte. 136 - Año 2018 CAT)** venidos en apelación y expedirse en orden al sorteo practicado a fs. 701. Acto seguido se resolvió plantear las siguientes cuestiones: PRIMERA: ¿Se ajusta a derecho la sentencia apelada? y SEGUNDA: ¿Qué pronunciamiento corresponde dictar?. ----------

------**A LA PRIMERA CUESTIÓN**, la Dra. Florencia Cordón Ferrando expresó: ----------

------I.- Llegan a conocimiento de este Tribunal las presentes actuaciones como consecuencia del recurso de apelación interpuesto por la parte actora, que fuera concedido libremente a fs. 688, contra la sentencia de la anterior instancia (fs. 676/685) que rechazó la demanda promovida por las señoras R. J. C. y M. de los A. M., en su carácter de beneficiarias, contra la C. de S. S.A., por cobro del seguro colectivo de vida adicional, suscripto por el señor C. A. M. a través del Ministerio de Educación. ----------

------A fs. 696/698 luce la expresión de agravios de las accionantes, que no mereció réplica de la contraria.----------

------II.- La sentencia de Primera Instancia. La sentencia en crisis rechazó íntegramente la demanda promovida por las señoras C. y M. contra la C. de S. S.A. en su condición de beneficiarias del seguro de vida colectivo adicional suscripto por C. A. M. –concubino y padre respectivamente de las recurrentes-, como empleado del Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut. Para así resolver, primeramente descartó la extemporaneidad del rechazo del reclamo por parte de la aseguradora y con ello la pretendida aplicación de la “aceptación tácita” del derecho prevista en el art. 56 de la ley 17.418 invocado en la demanda. Detalló seguidamente las tres causales de exclusión de cobertura del siniestro alegadas por la aseguradora, consistentes en: 1) encontrarse el señor M. a la época del siniestro dentro del período de carencia establecido en el contrato; 2) haberse producido el siniestro en circunstancias de hallarse M. participando en empresa o acto criminal y 3) haber ocurrido el deceso pasados los noventa días de ocurrido el accidente generador del mismo.----------

------Comenzando con el análisis de la primera de las causales, luego de repasar lo dispuesto en el art. 5 de las condiciones generales de la póliza; su anexo modificatorio y la solicitud de incorporación al seguro de vida colectivo, como así también la cronología de los hechos y circunstancias que rodearon la relación, concluyó el “a quo” que al momento del siniestro –deceso del señor M.- éste se encontraba aun dentro del período de carencia de seis mes con primas pagas estipulado en el anexo de ampliación de condiciones del seguro de vida colectivo y en la solicitud de incorporación al seguro de vida facultativo Nro. 91270 acordada entre las partes, y, por lo tanto, excluido de la cobertura asegurativa en cuanto al rubro reclamado.----------

------De continuo se expidió respecto a la legitimidad de la cláusula de exclusión,

destacando que la determinación de la extensión del riesgo cubierto constituye un elemento esencial del contrato de seguro y que en el caso las estipulaciones contractuales delimitaron el riesgo cubierto, como asimismo, el momento en que comenzaba a resultar exigible la cobertura para la aseguradora (vigencia material del seguro), por lo que, habiendo ocurrido el siniestro fuera de esos límites, entendió que el mismo no se hallaba cubierto.----------

-----Resaltó la claridad de la cláusula en cuestión; la inexistencia de dudas en su interpretación; que la misma no fue desconocida por el asegurado al contratar; que no se advierte irrazonable ni oscura ni se encuentra agregada en letra pequeña, por lo cual aseveró que las beneficiarias no pueden desconocerla y pretender que se ampare una situación carente de cobertura. También descartó violación a la moral o a las buenas costumbres, trato abusivo o desigual. De este modo concluyó que la demanda no podía tener acogida favorable por exclusión de cobertura con motivo del período de carencia alegada y que ello lo eximía de analizar los restantes argumentos esgrimidos por las partes. ----------

------III.- Agravios. 1) Discrepan las apelantes alegando que son beneficiarias de una relación de consumo y que nunca tuvieron acceso a la lectura de la póliza, al contrato de seguro ni al anexo modificatorio y que recién pudieron ver la documental suscripta por el fallecido M. con la contestación de la demanda. Luego de transcribir el texto de la misiva del rechazo remitida por la aseguradora, sostienen que la cláusula a la que adhirió M. prescribe la modalidad del rechazo pero no la formalidad de la aceptación y que debe suponerse que dicha aceptación la formaliza la aseguradora al empleador para que éste comience con los descuentos de la prima. Dicen que a partir del mes siguiente a la aceptación de la compañía comienza la vigencia del seguro, con un período de carencia de seis meses, y que la cláusula del formulario de fs. 202 es clara en cuanto a que dicho período debe computarse a partir del primer día del mes siguiente a la aceptación del asegurador. Entienden que la aceptación ocurrió en el mes de septiembre y que la vigencia comenzó a correr desde el día 1/10/11, fecha en la cual –aseveran- el empleador debitó la primera cuota, por lo que entienden que el período de carencia venció el 30/3/12. Expresan que la muerte de M. ocurrió el 26/4/12, después de haber pagado seis meses seguidos de prima sin cobertura y de haber transcurrido el período de carencia, por lo que la sentencia debe ser revocada.----------

-------Sostienen que la sentencia apelada abunda en análisis doctrinario pero no interpreta adecuadamente el período de carencia, alejándose de la letra del contrato, ya que no tiene en cuenta para el cómputo ni “la aprobación del ingreso” ni los seis meses con prima paga sin cobertura de riesgo. Consideran que el “a quo” incurre en un error inducido por el demandado, en cuanto parte para el cómputo del plazo de la fecha de pago de la primera cuota (1/10/11), entendiendo que la vigencia comenzó al mes siguiente (1/11/11), cuando la cláusula es clara al establecer que la cobertura comenzará a partir del primer día siguiente al de la aprobación del ingreso. Invocan, por si existiere

alguna duda, la interpretación favorable al consumidor dispuesta en el art. 3 de la ley 24.240.----------

------2) En el punto B) del libelo recursivo refieren a la multa punitiva prevista en el art. 52 bis de la ley 24.240 requerida en la demanda y desarrollan los aspectos a tener en cuenta para su procedencia, considerando que la demandada ha violado los arts. 4 y 8 bis de la ley 24.240, esto es, el deber de información y haber incurrido en práctica abusiva y trato indigno.----------

------IV.- Tratamiento de los agravios.----------

------1) Como se deduce de la reseña expuesta, el primer agravio se dirige básicamente a cuestionar el inicio del cómputo del plazo de carencia. Las recurrentes esgrimen que los seis meses sin cobertura deben computarse desde el primer día del mes siguiente al de la “aprobación del ingreso” por parte de la aseguradora y que, al no estar definido en las condiciones de la póliza la formalidad para que opere dicha aprobación, ello debe entenderse que se produce con la comunicación de la aseguradora al empleador para que éste comience con el descuento de las primas por planilla de sueldos, lo que entienden aconteció en el mes de septiembre de 2011, ya que la primera cuota se le debitó en el mes de octubre de 2011. Por ello, fijan como fecha de inicio para el cómputo del plazo el 1/10/11. ----------

-----La aseguradora esgrimió al contestar la demanda que “la vigencia del contrato comienza al mes siguiente de aquel en que se abonó la primera prima. Y siendo que el señor M., por descuento en su planilla de sueldo, abonó la primera prima en el mes de octubre de 2011, concluimos que la vigencia del contrato comenzó a correr el primer día del mes de noviembre de 2011…”, sosteniendo por ello que el fallecimiento del causante ocurrió cuando aún no había transcurrido el período de seis meses de carencia. El juez de grado concordó con dicho razonamiento. ----------

-----Para resolver, cabe precisar primeramente, que no se discute en autos la vigencia, legitimidad o razonabilidad de la cláusula del contrato que establece el período de carencia de cobertura, ni su aplicabilidad al siniestro de autos por haberse producido la incorporación del asegurado –señor M.- en fecha posterior a los 60 días de haber adquirido su condición de “asegurable” (Conf. art. 5 condiciones generales de la póliza, fs. 45), tal como se precisó en el grado. ----------

-----La cuestión conflictiva se circunscribe entonces a determinar la fecha de inicio de la vigencia del contrato y con ello el inicio del período de carencia estipulado en las condiciones de la póliza, existiendo sobre ello interpretaciones disímiles entre las partes. ----------

----El art. 154 de la ley de seguros nro. 17.418 –una de las escasas normas que la ley dedica al seguro colectivo-, estatuye: “El contrato fijará las condiciones de incorporación al grupo asegurado que se producirá cuando aquellas se cumplan.”. Debo remitirme entonces, en primer término, a la letra del contrato. Así, en los arts. 5 y 6 de las condiciones generales de la póliza (fs. 45/46) se prevé la forma y plazo de incorporación

al seguro y la incorporación individual. El art. 5 regla la presentación de la solicitud de seguro y establece que aquellos que lo hagan transcurrido el plazo de sesenta (60) días desde la fecha que adquieran la condición de asegurable deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad definidos en las condiciones particulares. Y dice: *"Una vez recibido cada formulario de solicitud individual, La C. definirá su aceptación o rechazo y remitirá, en su caso al Contratante el certificado de incorporación para que éste lo entregue al asegurado… Cuando los asegurables deban cumplir requisitos de asegurabilidad, el seguro únicamente comenzará a regir a partir de la aprobación de la solicitud por parte de la C.. Transcurridos noventa (90) días desde la presentación de la solicitud, sin que se hubiera aceptado expresamente, la misma se considerará automáticamente rechazada."* El art. 6 establece: *"Los certificados individuales que se soliciten con posterioridad a la fecha de vigencia de esta póliza, siempre que los interesados reúnan los requisitos de asegurabilidad, comenzarán a regir a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que La C. reciba la documentación de ingreso. Los certificados individuales que se soliciten con posterioridad al plazo de sesenta días de adquirir la condición de asegurable, tendrán igual tratamiento, pero estarán sujetos a un plazo de carencia de treinta (30) días, contados desde su vigencia inicial, con primas pagas y sin cobertura…". ----------

------A su turno, en el Anexo de ampliación de las condiciones, cláusula 91 (fs. 120) se prevé la complementación y modificación en sus partes pertinentes de los citados artículos 5 y 6 de las condiciones generales de la póliza. Allí se consigna que queda entendido y convenido que: *1. Toda persona asegurable deberá solicitarlo por escrito, en los formularios de solicitud individual que proporcionará la aseguradora. La compañía tendrá a su cargo el control de los formularios presentados y deberá dar aviso en caso de observaciones en un plazo de ciento veinte (120) días de recibidos. ----------

------2. Período de carencia de seis (6) meses con primas pagas y sin cobertura de riesgo, a todas las personas que al momento del inicio de la vigencia de la nueva póliza no posean cobertura o su incorporación resulte posterior al momento indicado".*----------

Por último, en el formulario de solicitud del seguro facultativo (fs. 201/202), firmado por el asegurado, se estableció que: *"a toda persona asegurable que solicite su inclusión al seguro con posterioridad al plazo de sesenta (60) días, se le aplicará una carencia de seis meses con primas pagas y sin cobertura del riesgo. En estos casos, la cobertura comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al de la aprobación del ingreso, siempre que el asegurado se encuentre al servicio activo del tomador".*----------

------Surge de lo transcripto que en las condiciones de la póliza se previó el inicio de la vigencia de la cobertura a partir del primer día del mes siguiente a la "aprobación del ingreso", lo que no necesariamente ha de coincidir con el descuento de la prima como lo sostuvo la demandada. Es que, tal como lo puso de resalto el juez de primera instancia –siguiendo a Isaac Halperín-, el contrato de seguro admite tres momentos de iniciación de la vigencia: el formal, que se corresponde con la celebración del contrato; el material

(que puede o no coincidir con el formal) que es el que se ha pactado y a partir de ese momento comienza a correr los riesgos para el asegurador; y el técnico, que se corresponde con la percepción de la prima por parte del asegurador. ----------

------Pues bien, en el caso, se estableció contractualmente el cómputo del inicio de la vigencia desde la aprobación del ingreso, lo que equivale a la aceptación de la solicitud por parte de la aseguradora. Así lo dice expresa y claramente la solicitud o propuesta del contrato suscripta por el asegurado, sin que se halle previsto en ninguna cláusula que la vigencia queda supeditada al pago o descuento de la prima. Por ende, coincido con las recurrentes en cuanto a que lo dirimente en esta litis es establecer la fecha en que se produjo efectivamente "la aceptación" de la solicitud por parte de la aseguradora, como manifestación de voluntad de esta última. Va de suyo que la orden de descontar la prima es un hecho relevante como hecho demostrativo de la previa aceptación de la propuesta –y así lo ha considerado la propia aseguradora- mas ello no descarta que se acredite en autos, por algún otro medio, que se ha producido la aceptación en algún tiempo anterior al descuento de la prima. ----------

------Es dable recordar aquí que el contrato de seguro de vida colectivo participa del carácter consensual propio de todo contrato de seguro y que la propuesta del contrato no obliga al asegurador (conf. art 4 Ley de S.). Para el perfeccionamiento del contrato la misma debe ser aceptada por el asegurador y dicha aceptación debe ser comunicada, en este supuesto, al tomador o empleador, con quien se formaliza el contrato y es el encargado de descontar las primas. El propio apelante reconoce que la aprobación del ingreso del asegurado se formaliza con la comunicación de la aceptación de la solicitud individual al empleador, al decir en sus agravios que: *"debe suponerse que dicha aceptación la formaliza la aseguradora al empleador para que éste comience con los descuentos de la prima".*----------

-------Sobre la oportunidad en que se produjo dicha aceptación, resulta elocuente el informe del Ministerio de Educación de fs. 454, en el cual se consigna: *"El Sr. M. C., llena la designación con los datos de los beneficiarios el día 29 de agosto de de 2011, la caja visa dicha planilla el 30 de septiembre-11, siendo el alta incorporada por listado informado en octubre de-11 por la C. de S. de V. S.A. e incorporado en los haberes de octubre 11.- Se comienza a descontar en los haberes de octubre 11, bajo el código 1426, hasta el mes de abril-12 (7 cuotas)…".*----------

--------De lo informado y del sello de recepción obrante en la copia de la solicitud individual Nro. 91270 de fs. 264 y ejemplar de fs. 203, se desprende que la aseguradora recibió recién la solicitud en fecha 30 de septiembre de 2011 y comunicó dicha aceptación al empleador en el mes de octubre 2011, por lo que dicho organismo comenzó con los descuentos de la prima en el recibo de haberes correspondiente a dicho mes, el cual, vale destacar, se confecciona y abona a mes vencido. ----------

------Lo expuesto sella la suerte adversa del agravio, ya que ha quedado demostrado en autos que la aceptación de la propuesta por parte de la aseguradora a la incorporación

individual del señor M. al seguro colectivo de vida facultativo, se produjo recién en el mes de octubre de 2011 con la comunicación al empleador. Por ello, el período de carencia de seis meses comenzó a regir el 1/11/11 de acuerdo a lo previsto en las condiciones de la póliza, venciendo entonces el 30/4/12. De este modo no cabe sino concluir que el siniestro acontecido en fecha 26/4/12 –fallecimiento del asegurado– se produjo estando vigente el período sin cobertura. ----------

-------Por otro lado, debo decir, que el desconocimiento de los términos de la póliza por parte de las beneficiarias al momento de demandar no es argumento válido ni suficiente, sin más, para desconocer su existencia o pretender su inoponibilidad cuando le resultan adversos, máxime cuando no se ha invocado que se trate de modificaciones unilaterales de la aseguradora efectuadas en forma posterior a la contratación del seguro, que fueran desconocidas por el asegurado. Por ello, la falta de información alegada por las actoras en su condición de beneficiarias del seguro, a todo evento, podrá constituir alguna violación de los deberes impuestos a la aseguradora por la ley de defensa del consumidor 24.240 y sus modif., sancionable como infracción, mas no implicar la obligación de cobertura por parte de la aseguradora. ----------

-------Tampoco advierto duda o ambigüedad en la interpretación de las condiciones del contrato examinadas que torne aplicable la solución prevista en el art. 3 de la ley citada o art. 1095 del CCyC actual –interpretación a favor del consumidor–. Por el contrario, tal como lo reconoce el apelante, la cláusula de exclusión de la cobertura es suficientemente clara en cuanto requiere la aprobación del ingreso para el cómputo del plazo, no generándose dudas en su interpretación.----------

-------Por lo expuesto, propongo al acuerdo el rechazo de este agravio y la confirmación de la sentencia en cuanto dispuso que el siniestro se produjo durante el período de exclusión de la cobertura estipulado en el Anexo de ampliación de las condiciones y la solicitud individual de incorporación al seguro. Así lo voto.----------

------2) Pasando al tratamiento del daño punitivo previsto en el art. 52 bis de la ley 24.240 modificada por ley 26.361, pretendido en la demanda (punto V.B), debo precisar que la sentencia de primera instancia omitió toda referencia a dicho reclamo. Es que, ante el rechazo de la pretensión principal por la exclusión de cobertura, consideró directamente el “a quo” que no debía analizar los restantes argumentos esgrimidos por las partes (vide sentencia a fs. 684 vta.). ----------

------Las demandantes reiteran sin más en esta sede su pretensión, ampliando y desarrollando, inclusive, nuevos argumentos por los cuales entienden que resulta procedente la “multa punitiva”. ----------

------Que así la cosas, de compartirse la propuesta precedente en relación al primer agravio, el tratamiento de la pretensión de daño punitivo resulta abstracto, por inexistencia de incumplimiento contractual o perjuicio que habilite su imposición, dada la naturaleza accesoria del instituto respecto de la pretensión principal -el cumplimiento de la prestación del seguro- reclamada en autos, lo que impide un tratamiento autónomo, y

de este modo evidentemente lo ha entendido el magistrado de grado, lo que no fue objeto de puntual cuestionamiento por las recurrentes. ----------

------Es que el daño punitivo no tiene vida por sí mismo. No existe acción autónoma para reclamar daños punitivos. Siempre debe determinarse en el proceso principal una acción, casi siempre por indemnización común de daños y perjuicios, y la especial circunstancia de conducta agraviante, dolosa, intencional, etc. que hacen procedente este instituto de excepción (conf. Javier H. Wajntraub, en “El destino del monto derivado de la imposición de daños punitivos”, Revista de Derecho de Daños, “Daño Punitivo”, Ed. Rubinzal-Culzoni, pág. 401). ----------

-------Por lo expuesto, propongo al acuerdo confirmar la sentencia de primera instancia en todas sus partes, con costas a las apelantes vencidas (conf. art. 69, primer párrafo, del CPCC), sin perjuicio de la vigencia del beneficio de litigar sin gastos previsto en el art. 11 de la ley VII-22, bajo cuyo amparo tramita la presente causa. ----------

--------En cuanto a los honorarios profesionales por las tareas desarrolladas en la alzada por el doctor D. G. L., letrado apoderado de las accionantes, atendiendo a la extensión, calidad y resultado de las mismas, propongo sean regulados en un 2,80% del monto del proceso, porcentaje que incluye el plus procuratorio, el que será aplicable siempre y cuando supere el mínimo previsto en la ley arancelaria, con más el IVA si correspondiere (Conf. arts. 5, 6, 7, 8, 13 y 46 de la Ley XIII Nro. 4).----------

-----Termino mi intervención, entonces, pronunciándome en la presente cuestión POR LA AFIRMATIVA. ----------

-----**A LA PRIMERA CUESTIÓN**, el Dr. Peral expresó: ----------

-----I.- En el voto precedente la Dra. Cordón Ferrando detalló el pronunciamiento apelado e individualizó los agravios expresados por el letrado de las actoras. Por tal motivo y para evitar innecesarias reiteraciones, seguidamente realizaré una breve reseña de los fundamentos de la sentencia recurrida y analizaré los cuestionamientos formulados a su respecto.----------

------II. A modo de apretada síntesis de las conclusiones de la sentencia recurrida, cabe puntualizar que el Juez de Primera Instancia entendió, en lo que aquí interesa: (i) que la aseguradora demandada cumplió con su obligación de pronunciarse respecto del derecho del asegurado dentro del plazo legal de 30 días dispuestos por el art. 56 de la ley de seguros; y (ii) que al momento de ocurrencia del siniestro (fallecimiento del Sr. M.) se encontraba vigente el período de carencia estipulado en el Anexo de Ampliación de condiciones del seguro de vida colectivo facultativo contratado y en la solicitud de incorporación al mismo, y, por lo tanto, excluido de la cobertura asegurativa en cuanto al rubro reclamado.----------

-----III.- De la expresión de agravios presentada por la parte actora se desprende que en primer lugar ésta cuestiona la fecha considerada por el Juez de grado en relación al comienzo de vigencia del seguro de vida adicional contratado por el Sr. M. con la aseguradora demandada y el período de carencia computado en la sentencia. Al

respecto, después de señalar que la vigencia del contrato comienza el primer día del mes siguiente al de aceptación de la solicitud de incorporación al seguro por parte de compañía aseguradora y que desde dicha fecha se debe computar el período de carencia de seis meses referido en párrafo precedente, las recurrentes sostienen que en el caso la aceptación de la aseguradora fue en el mes de septiembre/2011, que la vigencia del seguro comenzó a correr desde el día 01/10/11, fecha en que afirman el empleador debitó la primera la primer cuota (prima) y la transfirió a la demandada, y que en razón de ello el período de carencia de seis meses vencía el 30/03/12, cumpliendo de ese modo –agregan– los seis meses con primas pagas y sin cobertura de riesgo. ----------

------Frente a dicho planteo, en primer lugar, corresponde señalar –tal como lo hizo la colega prevotante– que las recurrentes no cuestionan la aplicación al caso bajo análisis de la cláusula del contrato de seguro que establece un período de carencia de cobertura de seis meses, como tampoco cuestionan que el contrato entraba en vigencia a partir del primer día del mes siguiente a la de la aprobación de la solicitud de incorporación al seguro por parte de la aseguradora.----------

------Siendo ello así, respecto de las condiciones contractuales referidas a la incorporación al seguro, al inicio de su vigencia respecto de cada asegurado y al período de carencia, me remito a las transcripciones efectuadas por la Dra. Cordón de los arts. 5 y 6 de las condiciones generales de la póliza (fs. 45/46), de la cláusula 91 del anexo de ampliación de las condiciones que complementa y modifica los mencionados arts. 5 y 6 (ver fs. 120) y del formulario de solicitud individual de incorporación al seguro y/o de actualización de datos N° 91270 suscripto por el Sr. M. (fs. 200/203), que claramente establece que *“A toda persona que solicite su inclusión al seguro con posterioridad al plazo de sesenta (60) días, se le aplicará una carencia de seis meses con primas pagas y sin cobertura del riesgo. En estos casos, la cobertura comenzará a regir a partir del primer día del mes siguiente al de la aprobación del ingreso…”* (fs. 202).----------

------Conforme las condiciones reseñadas y como reconocen las actoras recurrentes, el contrato de seguro comenzaba a regir a partir del primer día del mes siguiente al de la aprobación de la solicitud de incorporación al seguro y en dicha fecha se inicia el cómputo del plazo de carencia. Al respecto, vale recordar que en lo que se refiere a las condiciones de incorporación a los seguros colectivos, como el que aquí nos ocupa, se ha señalado que las características de homogeneidad del grupo y la incidencia de los ingresos y egresos en el monto del seguro, justifican que el contrato pueda contemplar condiciones de incorporación al grupo beneficiario que deben ser necesariamente cumplidas (conf. comentario al art. 154 de la ley 17.418 en Zunino, Jorge Osvaldo, “Régimen de S.”, Ed. Astrea, 2013, pág. 254). ----------

-------En virtud de lo hasta aquí expresado, como se señaló en voto de la colega preopinante, como cuestión central y determinante para resolver el recurso articulado se debe establecer en que mes la aseguradora aprobó la solicitud de incorporación al seguro del Sr. M., pues a partir del primer día del mes siguiente de dicha aprobación

comenzó la vigencia del seguro y el computo del plazo de carencia de cobertura de seis meses. ----------

-----En relación a dicha cuestión, adelanto que las actoras se equivocan cuando sostienen que la solicitud de incorporación al seguro fue aprobada en el mes de setiembre/2011, que la vigencia del contrato debe computarse desde el 01/10/11, por ser la fecha que el empleador debitó la primer cuota, y que el plazo de carencia venció el 30/3/12. Ello no es así, dado que la solicitud de incorporación al seguro del Sr. M. fue recepcionada por la asegurado el día 30/9/2011 (conf. formulario de fs. 200/203) y la primera prima fue descontadas con los haberes del mes de octubre, como surge de los recibos agregados con el escrito inicial (fs. 9/15) y del informe remitido por el Ministerio de Educación (fs. 454), en donde se señala que: *“El Sr. M. C., llena la designación con los datos de los beneficiarios el día 29 de agosto de 2011, N° 91270, la caja visa dicha planilla el 30 de septiembre-11, siendo el alta incorporada por listado informado en octubre -11 por la C. de S. de V. S.A. e incorporado en los haberes de octubre 11.- Se comienza a descontar en los haberes de octubre-11, bajo el código 1426, hasta el mes de abril-12, (7 cuotas)…”.*----------

------De lo apuntado y de la documentación adjunta al informe referido, surge que la aceptación de la solicitud de incorporación al seguro del Sr. M. y el alta del nombrado como asegurado fue informada por la aseguradora al Ministerio de Educación en octubre de 2011 (fs. 266) y en razón de ello, el primer descuento de la prima se efectúo con los haberes correspondientes a dicho mes y no al liquidarse los haberes de septiembre como se sostiene en el escrito de expresión de agravios. En definitiva, habiéndose aprobado la incorporación del Sr. M. al seguro colectivo facultativo en el mes de octubre/2011, la vigencia del contrato debe computarse desde el 1° de noviembre de 2011 y el plazo de carencia de seis meses contractualmente previsto culminaba el día 30/04/2012. Siendo ello así, a la fecha de fallecimiento del Sr. M. (26/04/2012) la cobertura asegurativa respecto del rubro reclamado en autos no se encontraba operativa por estar vigente el referido período de carencia, como se estableció en la sentencia recurrida. ----------

-------Sentado lo anterior, como fue anticipado, cabe reiterar que las recurrentes se equivocan al considerar que el primer descuento de la prima del seguro efectuado por la empleadora de los haberes del Sr. M. se realizó al liquidarse la remuneración de septiembre de 2011 y que a la fecha del fallecimiento del Sr. M. se le habían descontado 7 cuotas en concepto de primas y no seis cuotas como establece la cláusula contractual. En tal sentido, en el escrito de expresión de agravios expresan: *“Entendemos que la aceptación del demandado fue en el mes de septiembre y que su comunicación al empleador (Estado Provincial) fue antes de la fecha de liquidación de sueldos del personal del Ministerio de Educación, tiempo suficiente para que se incorpore el descuento del seguro adicional en la planilla de liquidación de sueldo del mes de septiembre, que en aquel entonces se pagaba en fecha (01/10/11). Quiere decir, que la aceptación de la aseguradora fue en el mes de septiembre, que la vigencia comenzó a*

correr desde el día 01/10/11, fecha en que el empleador le debitó la primera cuota y transfirió al demandado, y fecha a partir de la cual debe computarse el período de carencia que vence indefectiblemente el día 30/03/12, cumpliendo de ese modo los "seis meses con primas pagas y sin cobertura de riesgo. …No cabe otra interpretación porque los pagos de los seguros siempre son por adelantado y para cubrir riesgo futuro. El 01/10/11 M. pagó el primer mes de vigencia de la cobertura por lo que el período de carencia (6 meses de primas pagas) finalizó el día 30/03/12. Si la interpretación fuera otra y la cobertura se iniciara el mes siguiente del primer pago, la compañía de seguros incurriría en enriquecimiento indebido por no asumir contraprestación por ese pago. O sea, el primer pago no sería una prima (costo del seguro) sino una cuota de admisión sin cobertura".----------

-------De la simple lectura de los párrafos citados se observa que las apelantes entienden que la primer prima se descontó el 1° de octubre al abonarse, según sostienen, los haberes de septiembre, cuando según las constancias de autos que fueron reseñadas en párrafos precedentes, la primer prima del seguro se descontó con la liquidación de los haberes de octubre/11 (conf. recibos de fs. 9/15 e informe de fs. 457). Siendo ello así, habiendo recibido la aseguradora la solicitud de incorporación al seguro con fecha 30/9/2011, habiéndose comunicado el alta de M. como asegurado en el mes octubre/11 y liquidándose los haberes a mes vencido, no cabe duda que la incorporación del nombrado al seguro fue aprobada en dicho mes y que conforme a las cláusulas del contrato su vigencia se inicio el primer día del mes de noviembre de 2011.----------

-----Para finalizar con la cuestión, resta señalar que la invocación que realizan las recurrentes del art. 3 de la ley de defensa del consumidor carece de toda relevancia en relación al caso de autos, ya que las cláusulas del contrato de seguro referidas al comienzo de su vigencia y del período de carencia de la cobertura asegurativa no generan ninguna duda ni dificultad en su interpretación, como expresamente reconocen las actoras en el escrito de expresión de agravios al sostener que la cláusula "es clara" y que "el período de carencia es de seis meses contados a partir del primer día del mes siguiente a la aceptación del asegurador" (fs. 696, 5to. párrafo, y fs. 697, último párrafo).- ----------

-----Por todo lo hasta aquí apuntado, coincido con la Dra. Cordón Ferrando en cuanto postula rechazar el agravio bajo análisis y confirmar la sentencia en tanto establece que el fallecimiento de M. ocurrió estando vigente el período de exclusión de cobertura en virtud del plazo de carencia contractualmente previsto. ----------

------IV.- Analizado el primer agravio, como las recurrentes también cuestionan que no se haya aplicado la multa punitiva dispuesta por el art. 52 bis de la ley 24.240, alegando que la demandada incurrió en tracto indigno, engañoso, dilatorio y perjudicial para los consumidores, debo anticipar que sobre ésta cuestión también coincido con la magistrada prevotante en tanto entiende que ante la inexistencia de incumplimiento contractual el tratamiento del reclamo y del agravio referido al daño punitivo deviene una

cuestión abstracta. ----------

------Al respecto, cabe puntualizar que el daño punitivo establecido por el art. 152 bis de la LDC es un remedio accesorio que necesariamente requiere de una condena principal o antecedente que disponga indemnizar perjuicios causados, ya que no resulta concebible una condena autónoma por daños punitivos, cuando no se verifica un daño causado por una conducta antijurídica. Por lo tanto, si no se acredita previamente que se ha sufrido un daño será imposible aplicar la pena en cuestión (conf. Demetrio a. Chamatropulos, “Estatuto del consumidor comentado”, ed. La Ley, 2016, pág. 282). ----------

------En respaldo del criterio apuntado, no resulta ocioso recordar que de la exposición de motivos de los redactores del proyecto de Ley de Defensa del Consumidor ante el pleno de la Cámara de Diputados, surge que la finalidad perseguida con los daños punitivos fue prever un instituto que permitiera disuadir al dañador y que se adicionara a las indemnizaciones que pudieran corresponder, dado que “el artículo propuesto incorpora al estatuto del consumidor la figura del daño punitivo del derecho anglosajón, consistente en una sanción de multa a favor de aquél cuando ha sido víctima de una conducta disvaliosa del proveedor. Con el daño punitivo se trata de desbaratar la perversa ecuación que aconseja dejar que se produzca un perjuicio pues, en sí, resulta más económico repararlo en los casos singulares que prevenirlo para la generalidad” (cfr. Diario de Sesiones de Cámara de Diputados de la Nación, 25a Reunión – 18a Sesión Ordinaria – agosto 9 de 2006 – Período 124º, pág. 99). ----------

-----V.- Desestimados los agravios articulados por la parte actora, acompaño la propuesta de la Dra. Cordón Ferrando en tanto postula confirmar la sentencia de primera instancia en todas sus partes, con costas a las recurrentes (art. 69 del CPCC) con los alcances dispuestos en el art. 11 de la ley VII - N° 22. Conforme a la extensión, calidad y resultado de las tareas profesionales de segunda instancia, propongo que los honorarios del Dr. D. G. L., letrado apoderado de las actoras, se regulen en el 2,80% del monto del proceso – que incluye el plus procuratorio–con más el IVA si correspondiere y siempre y cuando supere el mínimo legal previsto (arts. 5, 6, 7, 8, 13 y 46 de la Ley XIII n° 4).----------

-------A la primera cuestión me expido entonces por la AFIRMATIVA. ----------

------**A LA SEGUNDA CUESTIÓN**, la Dra. Florencia Cordón Ferrando expuso: ----------

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

------A) CONFIRMAR en todas sus partes la sentencia apelada.----------

------B) IMPONER las costas de la alzada a la parte actora recurrente perdidosa (conf. art. 69, primer párrafo, del CPCC), regulando los honorarios por las tareas desarrolladas en esta alzada al doctor D. G. L., letrado apoderado de las accionantes, en un 2,80% del monto del proceso, porcentaje que incluye el plus procuratorio. El porcentaje citado será aplicable siempre y cuando supere el mínimo previsto en la ley arancelaria y deberá adicionarse el IVA para el caso que correspondiere (Conf. arts. 5, 6, 7, 8, 13 y 46 de la Ley XIII Nro. 4). Ello sin perjuicio de la vigencia del beneficio de litigar sin gastos, previsto en el art. 11 de la Ley VII – N° 22.----------

-----Así lo voto. ----------

-----**A LA SEGUNDA CUESTIÓN**, el Dr. Peral expuso:----------

-----El pronunciamiento que corresponde dictar es el propiciado por la Dra. Cordón Ferrando, en tanto refleja fielmente el acuerdo logrado. ----------

----Así lo voto. ----------

----Con lo que se dio por terminado el Acuerdo, dejándose constancia que la presente se dicta por dos miembros del Tribunal, por haberse logrado la mayoría y encontrarse en uso de licencia la restante integrante de la Sala Dra. Natalia I. Spoturno (arts. 7 y 8 Ley V - N° 17).----------

----Trelew, de abril del año dos mil diecinueve. ----------

---En virtud de lo resuelto en el Acuerdo cuya copia antecede, la Sala “A” de la ciudad de Trelew, pronuncia la siguiente:----------

---------- **S E N T E N C I A**: ----------

-----A) CONFIRMAR en todas sus partes la sentencia apelada.----------

----B) IMPONER las costas de la alzada a la parte actora recurrente perdidosa (conf. art. 69, primer párrafo, del CPCC), regulando los honorarios por las tareas desarrolladas en esta alzada al doctor D. G. L., letrado apoderado de las accionantes, en un 2,80% del monto del proceso, porcentaje que incluye el plus procuratorio. El porcentaje citado será aplicable siempre y cuando supere el mínimo previsto en la ley arancelaria y deberá adicionarse el IVA para el caso que correspondiere (Conf. arts. 5, 6, 7, 8, 13 y 46 de la Ley XIII Nro. 4). Ello sin perjuicio de la vigencia del beneficio de litigar sin gastos, previsto en el art. 11 de la Ley VII – N° 22.----------

----Regístrese, notifíquese y devuélvase. ----------

FLORENCIA CORDÓN FERRANDO
JUEZA DE CÁMARA

MARCELO F. PERAL
PRESIDENTE

----REGISTRADA BAJO EL N° _____ DE 2019 - SDC - CONSTE. ----------

GUILLERMO N. WALTER
SECRETARIO DE CÁMARA