

EDUARDO JAVIER SILVA

Seguros Patrimoniales III

Seguros y Siniestros

**CURSO BÁSICO DE
GESTION DE SINIESTROS**

Eduardo Javier Silva:

Perito Liquidador de Siniestros y Averías Matricula S.S.N.

238 y Registro 179 de la A.A.L.P.S. – Perito Judicial – Analista grafológico - Se inició en la actividad aseguradora en 1988 - Trabajó en los estudios GENTIUM S.R.L., VEGA, SILVA & ASOC. S.R.L., ESTUDIO CONGRESO S.H., EDUARDO J. SILVA & Cia S.A. y ESTUDIO SILVA S.H. – Actualmente es Director General de la firma SAN MARCOS CONSULTORA INTEGRAL EN SEGUROS Y SINIESTROS - Entre 2004 y 2011 fue Director del Consejo Técnico de la REVISTA JURIDICA ARGENTINA DEL SEGURO, LA EMPRESA Y LA RESPONSABILIDAD – Es autor además de esta obra, del MANUAL PROFESIONAL DEL PERITO LIQUIDADOR DE SINIESTROS Y AVERÍAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA y de los Libros SEGUROS PATRIMONIALES I – CAUSALES TECNICAS DE DESESTIMACIÓN: NULIDAD – RESCISIÓN – CADUCIDAD y SEGUROS PATRIMONIALES II - SEGUROS Y SINIESTROS: NOTAS VARIAS, como así también de diversos trabajos técnicos publicados en diferentes medios informativos de seguros – Conferencista y docente, es Director Académico de la Escuela Técnica de Seguros AMBERES - Desde 2010 es titular de la Subcomisión de Capacitaciones de la Asociación Argentina de Liquidadores y Peritos de Seguros

A Edgardo Guadagna, gran amigo.

INDICE

Prólogo	Pág. 11
Capítulo I:.....	Pág. 15
Contrato de Seguros	
Capítulo II:.....	Pág. 45
Nulidad, Caducidad, Rescisión	
Capítulo III:.....	Pág. 59
Culpa Grave y Dolo del asegurado	
Capítulo IV:.....	Pág. 71
Coberturas: Definiciones y Medidas de Prestación	
Capítulo V:.....	Pág. 89
Liquidación del Siniestro y Ajuste de la pérdida	
Capítulo VI:.....	Pág. 121
Test de Autoevaluación	

Prologo

Tercer libro de la Colección “Seguros Patrimoniales”.
Esta vez dirigido a quienes desean tener una relación breve de cómo manejar un siniestro.

Esta obra constituye una herramienta indispensable para todo el profesional del seguro o que de alguna forma se relacione con la actividad, desde Peritos Liquidadores de Siniestros y Productores Asesores de Seguros, hasta empleados de Compañías de Seguros, Abogados o Contadores

Pero a la vez es una buena base para aquellos que desean incursionar por primera vez en el campo de los siniestros en materia de seguros.

Es un libro de estudio y a la vez, un buen complemento como material de consulta permanente.

El presente CURSO BASICO DE GESTION DE SINIESTROS tiene como principal objetivo, acercar al lector a los conceptos principalmente teóricos técnicos de un siniestro y que pueda a la vez, ser base para el manejo práctico en la actividad.

Al final del presente y como hemos acostumbrado ya en obras anteriores, el lector encontrará un pequeño test de autoevaluación, que le permitirá afianzar los conceptos vertidos en este libro.

CAPITULO I
CONTRATO DE SEGUROS

Contrato de seguros

Todo contrato es una convención y una convención es un acuerdo entre partes.

Los contratos regulan esos compromisos con el fin de que a cada parte se le respeten los derechos, imponiéndole a la otra ciertas reglas de conducta y obligaciones.

Específicamente y cuando hablamos del contrato de seguros, el mismo se encuentra regido por las prescripciones de la Ley 17.418 de Seguros de la Nación, observándose casi una definición de la convención en su primer artículo:

“Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir una prestación convenida si ocurre el evento previsto”.

De esta norma, a la que podríamos denominar perfectamente como la *definición* del contrato de seguros, se deducen tanto las imposiciones hacia las partes (asegurador: *a resarcir un daño o cumplir una prestación convenida*; asegurado: el pago de *una prima o cotización*), el objeto del acuerdo (*cumplir una*

prestación convenida) y la circunstancia necesaria para el compromiso: La ocurrencia del evento previsto.

Como todo contrato, el de seguros cuenta con una diversidad de disposiciones denominadas cláusulas, las cuales son comunes a todas las aseguradoras (Condiciones Generales de Póliza) no obstante lo cual, cada asegurador puede incluir cláusulas particulares (Condiciones Particulares de Póliza).

En el caso de existencia de éstas últimas y cuando difieran en contenido y consecuencia con las generales, las particulares tendrán supremacía

Elementos

Tal como es común a todos los contratos, el de seguros reúne características que lo distinguen y cuyo conocimiento cabal permite no solamente su mejor estudio, sino una adecuada valoración de las consecuencias que emanan del incumplimiento de sus imposiciones.

Es fundamental para el desarrollo de la tarea de un Perito Liquidador, el acabado entendimiento de las distinciones del contrato de seguros y su correcta interpretación, pues, junto con el sentido común, son la base de la actividad

De tal forma y para una mejor comprensión del estudio del contrato de seguros, comenzaremos por distinguir sus elementos genéricos y específicos.

En primer lugar destacamos sus elementos específicos:

Interés asegurado: La relación necesaria e indispensable del contrato de seguros entre el asegurado y el bien que es objeto de la cobertura.

Riesgo: El evento previsto

Prima: El costo del seguro.

(Cada uno de estos elementos, dada su complejidad, será explicado en forma específica y con mayor profundidad)

Los elementos genéricos, resultan ser:

Las partes: El asegurador y el asegurado y/tomador 52

Capacidad: Se relaciona directamente con la aptitud legal de las partes para la suscripción

Consentimiento: El acuerdo necesario para la convención.

Objeto: El resarcimiento de un daño determinado.

Licitud: No se puede asegurar un interés ilícito.

Además de los elementos específicos y genéricos y al igual que todos los contratos, el de seguros posee diferentes caracteres que lo particularizan y que son:

Bilateral: Dos partes (asegurador – tomador y/o asegurado). Esta característica claramente emerge de la simple lectura del artículo primero de la Ley de Seguros:

“...Hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto...”

Consensual: Los derechos y obligaciones recíprocos del asegurador y el asegurado empiezan desde que se ha celebrado la convención, aun antes de emitida la póliza (art. 4to. LS) 53

De adhesión: Porque sus condiciones se encuentran establecidas ya por una parte (asegurador), en tanto que la otra (el proponente) adhiere a ellas.

Oneroso: Su inicio, su continuidad y su conclusión se encuentran sujetas al pago de un determinado costo (prima).

Aleatorio: Pues el costo mencionado en el ítem anterior se establece mediante el álea.

De duración: Tiende a regular una relación en un plazo previamente establecido.

Causado: La causa fin que persigue el asegurador esta relacionada con la causa fin que persigue el asegurado.

Nominado: Esta característica surge de su mismo nombre: "Contrato de Seguros"

Típico: Su esquema se basa en la ley (derechos y obligaciones, elementos esenciales y naturales, etc)

No formal: Dada su característica consensual, la formalidad del acto jurídico es solamente a su prueba y no a su solemnidad.

Personalísimo: Quizá uno de los caracteres de mayor relevancia ya que al asegurador le es vital conocer a la persona con la que contrata, de manera tal de poder evaluar el azar o riesgo moral del proponente.

De buena fe: Característica que si bien se encuentra presente en todo el derecho, en el seguro su aplicación resulta ser ineludible.

Comercial: Pues está sujeto a la legislación y a los Tribunales de comercio.

Indemnizatorio: He aquí otra característica de singular importancia. El objeto de estos contratos es reemplazar un valor determinado afectado por un evento previsto, recomponiendo así el patrimonio de un asegurado al momento inmediato anterior al siniestro. Si diera lugar a un enriquecimiento, el contrato de seguros se desnaturalizaría completamente.

El Riesgo. Definición

En materia de seguros cuando nos referimos al riesgo, lo hacemos en directa alusión a una eventualidad que pueda afectar de manera perniciosa tanto al patrimonio de una persona como a la persona en sí.

Es necesario, que la consecuencia de ese evento previsto presente algunas características particulares que permitan, no solamente su aseguramiento, sino también que sus consecuencias sean pasibles de ser reparadas económicamente.

Así entonces, el riesgo –por su característica de eventualidad- debe reunir las siguientes particularidades:

- 1) Debe tratarse de un hecho de producción posible y probable

- 2) Ser futuro pero incierto en su producción (a excepción de los seguros de vida, en la cual el riesgo -la muerte-

Se lo vincula con el mecanismo técnico-económico de la mutualidad y de la estadística.

Es preciso que “el evento previsto” no sea muy poco común, ni tampoco de fácil producción.

Si fuese poco común sería difícil de dimensionarlo o calcularlo estadísticamente; y si fuese frecuente perdería su característica esencial, la incertidumbre. 56

Riesgo y Prima

Vimos ya que uno de los caracteres del contrato de seguros es el álea, lo que implica que su costo (prima) va a estar directamente relacionado con el riesgo que se a cubrir.

De ahí que, en términos de justipreciación y como se ha visto en el apartado anterior, es importante que la producción del riesgo no sea muy poco común ni demasiado habitual.

Pero el valor que -de acuerdo al riesgo- se le otorgará a la prima, no surge de un procedimiento antojadizo, sino de un procedimiento técnico preestablecido y llevado a cabo por expertos (los actuarios), cual es la elaboración de una estadística de probabilidades de producción de esa eventualidad en una población determinada y perfectamente delimitada.

Cuanto mayor sea la frecuencia de la contingencia a cubrir, mayor será el costo que se deberá abonar; es decir, a mayor riesgo, mayor prima.

Sin embargo (y de ahí la importancia que el estudio de estadística se circunscriba a sectores poblacionales determinados y delimitados) suele ocurrir que un mismo riesgo pueda tener una tasa de prima diferente, de acuerdo al lugar en el cual se solicite la cobertura.

Surgen así las denominadas “zonas de riesgo”, en donde según su clasificación (alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo) se determinará una valorización diferente para una misma eventualidad.

En cuanto a las zonas de riesgo, las mismas se encuentran perfectamente definidas en la actualidad, y son:

Alto riesgo: Capital Federal, Gran Buenos Aires (partidos de Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Florencio Varela, General Sarmiento, General Rodríguez, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Merlo, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Martín, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López) y Ciudad de Mar del Plata.

Mediano riesgo: Gran Buenos Aires (partidos de Escobar, Luján y Pilar), Ciudades de Berisso, Campana, Ensenada, La Plata, Zárate, Córdoba (Capital y los Municipios de Arguello, Ferreyra, Mendiolaza, Saldán y Villa Allende) Rosario (Ciudad y Municipios de Capitán Bermúdez, Fray Luis Beltrán, Fúnes, Granadero Baigorria, Pérez, Villa Diego y Villa Gobernador Gálvez)

Bajo riesgo: Resto del país (no incluido en zonas anteriores).

En consecuencia, es altamente relevante que al momento de proponer la cobertura el asegurado informe con total exactitud el estado del riesgo que busca amparar, a fin de que esa relación riesgo-prima mantenga su equilibrio natural.

Estado del Riesgo

Se destacó recién que para que el costo del seguro esté directamente relacionado con la eventualidad que se cubre, se torna necesaria una correcta evaluación del estado del riesgo y por ende, fundamental la declaración de ese estado por parte del proponente.

Al hablar de “estado del riesgo” deben tenerse en consideración todas aquellas circunstancias que hacen al bien que se desea asegurar, de manera que el mismo pueda ser

encasillado adecuadamente en el escalafón tarifario que le corresponda.

Son circunstancias relevantes y que hacen al estado del riesgo, el lugar de permanencia habitual del bien, su estado de conservación y mantenimiento, su empleo y la concurrencia o no de circunstancias que puedan incrementar la probabilidad del evento previsto

Reticencia y Agravación del Riesgo. Régimen.

Ambas figuras hacen alusión al apartado precedente: El estado del riesgo.

La primera de ellas lo hace en relación al riesgo previo al aseguramiento en tanto que la segunda alude a las modificaciones que pueda sufrir ese riesgo original, en el decurso del tiempo de la cobertura.

Si bien por la naturaleza de su origen estas dos figuras suelen confundirse o emplearse creando una comunión entre ambas, las mismas y por sus consecuencias jurídicas difieren diametralmente una de la otra y no pueden ser consideradas en conjunto al momento de un dictamen pericial.

Pero para explicar esta dicotomía, comenzaré por transcribir los artículos que las reglamentan:

Reticencia: Artículo 5* LS: 60

“... Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato...”

Agravación del riesgo: Artículo 37* LS:

“... Toda agravación del riesgo asumido que, si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones, es causa especial de rescisión del mismo...”

Tenemos así que, mientras la consecuencia de la reticencia es la nulidad del contrato, la de la segunda, es causa especial de rescisión del contrato (obedece a causas posteriores a la celebración).

Ambos regímenes imponen una sanción determinada ante la incorrecta declaración del estado del riesgo que asume el

asegurador y tal vez sea ese el motivo que incide que en muchos dictámenes erróneos se propicie a un asegurador la sanción a un asegurado por considerarlos concurrentes.

Si como dije anteriormente, la reticencia es una causal de NULIDAD CONTRACTUAL, por lo que viciado, el contrato nunca existió, mal puede anteponerse una segunda sanción basada en un incumplimiento de una obligación nacida en ese mismo contrato. Si hay causal de rescisión, no hay nulidad y viceversa.

Tanto para determinar la reticencia como para establecer la concurrencia de circunstancias que pudieran resultar agravantes del riesgo que se asumiera, debemos recalcar que aquellas deben ser probadas por el asegurador y en ambas el único medio de prueba aceptado resulta ser el juicio de peritos.

Son entonces los peritos quienes analizadas las circunstancias particulares de cada caso en especial han de concluir si el asegurador, de haber estado debidamente cerciorado del real estado del riesgo, hubiese rechazado la propuesta o modificado las condiciones del contrato, en cuyo caso se procederá con la sanción correspondiente, ya sea por haberse configurado una situación de reticencia o bien de agravación del riesgo.

Es importante destacar asimismo, que no cualquier circunstancia modificatoria del estado del riesgo, constituye una reticencia o una agravación, sino que lo son aquellas que vienen a quebrantar esa armonía esencial del contrato entre el riesgo asumido y la prima debida.

Para una mejor valoración, las circunstancias que configuran una reticencia son:

- 1) Que la reticencia o falsa declaración ha sido la causa determinante del contrato, habiendo sido suficiente como para engañar.
- 2) Que la circunstancia era conocida por el asegurado.
- 3) Debe tratarse de una situación histórica a la declaración del riesgo y a la celebración del contrato.
- 4) El momento en el cual el asegurador conoció el verdadero estado del riesgo (a fin de establecer si la impugnación se formalizó dentro del plazo previsto en el segundo párrafo del art. 5to L.S.).
- 5) Hallarse probado que esa circunstancia hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones.

Por otra parte, a fin de se permita acreditar una agravación del riesgo se deben probar las siguientes:

1) La agravación debe ser de naturaleza tal que influya directamente sobre el riesgo concretamente asumido, de manera tal que implique una variación significativa que incremente la posibilidad del siniestro o la extensión de los daños.

2) Es necesario que derive de un acontecimiento sobreviniente a la celebración de la convención, pues de ser la agravación histórica al nacimiento del contrato, encuadraría en la figura de reticencia.

3) Debe probarse el momento en el cual el asegurador tomó conocimiento de la circunstancia agravante a fin de establecer que su derecho a rescindir se efectúa dentro del plazo que prevé la Ley (art. 39 y 40).

4) Se presenta como de fundamental importancia establecer el momento en el cual se produjo la modificación agravante del riesgo y su origen, a fin de establecer la conducta del asegurado para su encuadre dentro de las previsiones del artículo 38* de la Ley de Seguros. (“...*El tomador debe denunciar al asegurador las agravaciones causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan, y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas...*”)

5) Es indispensable que esa modificación en el estado del riesgo, de haber estado el asegurador debidamente informado, hubiese impedido el pacto o modificado las condiciones en las que se formalizó el mismo.

Interés Asegurable e Interés Asegurado

Se entiende por Interés Asegurable, cualquier interés lícito, económico y jurídico pasible de ser afectado por un riesgo determinado, y por lo tanto, factible de ser amparado por un seguro.

Se denomina en cambio Interés Asegurado, a ese mismo interés lícito, económico y jurídico amparado ya por una póliza.

Para explicar de una manera sencilla esta figura, en principio lo que debemos establecer es qué es realmente se cubre en un contrato de seguros.

Tomemos entonces dos de los elementos del contrato:

El asegurado

El bien sobre el cual se solicita una cobertura.

Muchos se inclinan por la idea de que lo que se asegura es el objeto en tanto que otros, por el carácter subjetivo de estos contratos, enfatizan que lo que en realidad se ampara es al sujeto.

Ambas concepciones resultan ser completamente erróneas, pues no se ampara ni al sujeto ni al objeto, sino al patrimonio de este último y por ende, a la relación de carácter jurídico y económica existente entre el sujeto y el objeto; porque ese objeto sobre el cual se pacta una cobertura conforma una parte del patrimonio del sujeto que lo asegura.

En la realidad, se asegura lo que un determinado objeto representa dentro de los bienes patrimoniales de una persona.

Si bien en el contenido de la Ley de Seguros de la Nación (17.418) no existe ningún artículo que indique en forma expresa en cuáles casos no está dada esa relación, claramente no sólo indica en qué casos sí, sino que también se refiere al interés asegurado (o asegurable) como el nexo armonizador del contrato.

Repasemos entonces aquellos artículos de la Ley de Seguros que hacen alusión directa al interés asegurado: Los artículos 2* y 60*

El artículo 2* dice: 66

“El contrato de seguros puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurado, salvo prohibición expresa de la Ley”

En tanto que el 60*, textualmente reza:

“Puede ser objeto de estos seguros cualquier riesgo si existe interés económico lícito de que un siniestro no ocurra”

Existencia de Acreedores Hipotecarios y/o Prendarios

Siguiendo siempre con el nexo jurídico y económico que en Derecho de Seguros se denomina “interés asegurado”; y en perfecta armonía con la prescripción del artículo 60* LS, se hace dable identificar quiénes pueden, además del titular del contrato, participar de ese vínculo asegurativo al poseer también un interés económico lícito de que no ocurra el evento previsto.

Demás está decir, que estos otros participantes del interés asegurado, deben tener algún tipo de relación jurídica con el objeto y, desde luego, hallarse debidamente declarados en el contrato.

Tal es el caso de los acreedores hipotecarios o prendarios, quienes al momento de conclusión del contrato poseen prioridad sobre el mismo asegurado, empero y como lo destacara en el anterior párrafo, para que aquellos puedan efectivizar esta primacía que les otorga el artículo 3.110 del Código Civil de la Nación, es fundamental que el asegurador este en conocimiento de su existencia.

Si en el contrato de seguros se encuentra expresamente indicada la coexistencia de un acreedor, al momento de hacer efectivo el crédito que devenga del acaecimiento de un siniestro, el asegurador se manejará de la siguiente manera:

- 1- Deducirá el importe correspondiente a la cancelación total de la prima.

- 2- Determinada la deuda del acreedor, que se establecerá mediante un informe del mismo acreedor, abonará la totalidad de la deuda o hasta donde lo permita el tope de suma máxima asegurada, según las condiciones particulares.

3- Si luego de efectivizados los dos pasos anteriores, aún perdura un saldo sobre la indemnización, la misma le será abonada al asegurado.

En cambio, si la presencia del acreedor no fue informada al momento de pactarse la cobertura y el asegurador toma conocimiento de su existencia con el siniestro, se estará ante una de las situaciones previstas en el artículo 5to de la Ley de Seguros (reticencia) y por lo tanto el contrato se tornará nulo.

Cambio del titular del Interés.

Hemos visto la fundamental importancia que reviste a los fines del contrato de seguros, la figura del interés asegurado, la que bien podría ser denominada como la columna vertebral de la convención.

Es por ello que la misma Ley de Seguros prevé la circunstancia de que dicho interés pueda ser transferido de una persona a otra y por ello prescribe el procedimiento que debe efectivizarse ante dicho supuesto:

Así, el párrafo primero del artículo 82*, sentencia:

“...El cambio de titular del interés asegurado debe ser notificado al asegurador, quien podrá rescindir el contrato en el plazo de veinte días y con preaviso de quince, salvo pacto en contrario...”

Estipula asimismo este mismo artículo, pero su último párrafo, el plazo en el cual debe notificarse el cambio del titular del interés:

“...La notificación del cambio de titular prevista en el párrafo primero, se hará en el término de siete días, si la póliza no prevé otro. La omisión libera al asegurador si el siniestro ocurre después de quince días de vencido este plazo...”

Pluralidad de Seguros

Un mismo bien puede asegurarse en dos o más aseguradoras. Esta modalidad suele emplearse muchas veces para abaratar costos y se la denomina “pluralidad de seguros” y su ordenamiento se encuentra regido por los artículos 67*, 68* y 69* de la Ley de Seguros.

Sin embargo, cuando se ampara un bien bajo esta modalidad, el asegurado esta obligado –bajo pena de caducidad- a comunicar a todos los aseguradores la existencia de la

pluralidad, con indicación expresa de compañía, número de póliza y suma asegurada.

Ocurrido un siniestro cada asegurador participará en proporcionalmente de acuerdo al monto de su contrato, no obstante se prevé para el caso de que uno de los aseguradores abone una suma superior a la que le corresponde, tendrá derecho de repetición contra el asegurado y las demás aseguradoras.

El asegurado, asimismo, no puede pretender una indemnización que en conjunto supere el monto de la pérdida sufrida en el siniestro, ya que ello escapa a la naturaleza reparadora del seguro, resultando nulos los contratos que se pacten bajo esta variante de pluralidad con el objeto de enriquecimiento ilícito (art. 68*LS).

Cargas y Obligaciones. Definición. Efectos de su incumplimiento.

Definidas desde un punto de vista estrictamente técnico-legal, la obligación se trata de un vínculo que compele a determinada persona a dar o ejecutar algo; mientras que una carga refiere directamente a un patrón de conducta esperado.

Podríamos decir entonces que en materia de seguros, mientras las obligaciones atienden a una estructura legal concreta y resultan de carácter imperativo (ya que su cumplimiento puede ser impuesto), la carga tiende más a la moral de quien debe acatarla, pero no reviste el carácter imperativo de la obligación, ya que su observancia es potestad de la conciencia de cada individuo en particular.

Otra diferencia de sustancial importancia que distingue claramente a la obligación de la carga, es la consecuencia de su incumplimiento y es en esta distinción donde se encuentra el mejor camino para la identificación de cada una.

Tenemos así, que el incumplimiento de una carga determinada, provoca una pérdida de un derecho y por ende, una caducidad. Siguiendo con este concepto, vemos que el no cumplimiento de una obligación, trae aparejada una sanción diferente: La rescisión.

Para una mejor comprensión, analicemos los siguientes supuestos:

- 1) El asegurado debe suministrar informaciones que permitan la verificación del siniestro (art. 46*, párrafo 2do LS). Su incumplimiento genera la pérdida del derecho a ser indemnizado por ese evento, lo cual implica una caducidad y

por lo tanto, la sanción, nos lleva al establecimiento de que nos hallamos en presencia de una carga.

2) El asegurado debe mantener el estado del riesgo durante el decurso de la vigencia del contrato y notificar al asegurador las modificaciones que puedan surgir (art. 37* LS). Su incumplimiento es causa especial de rescisión. Se trata entonces, de una obligación.

3) El asegurado debe abonar la prima correspondiente a su seguro de acuerdo a lo convenido con el asegurador (contado o en cuotas). Si no lo hace, el asegurador está en condiciones de rescindir el contrato: Obligación.

4) El asegurado esta obligado a proveer lo necesario para evitar o disminuir el siniestro y a seguir las instrucciones del asegurador. Si viola esta obligación, el asegurador se libera del pago de la indemnización en tanto demuestre que el daño habría resultado menor sin esa violación. Se pierde el derecho a la indemnización. Principio de caducidad y por lo tanto esta obligación (salvamento) es en realidad, una carga.

5) El asegurado notificará sin dilación la existencia de coberturas que amparen en más de un asegurador un mismo riesgo. De no hacerlo es pasible de ser sancionado con la caducidad.

Nuevamente estamos en presencia de una carga.

A sabiendas ya de la distinción que existe entre estas dos similares pero disímiles figuras, finalmente resta comentar que tanto la inobservancia de unas u otras por parte del asegurado, trae aparejada una consecuencia liberatoria del asegurador.

Es decir, el asegurador se libera de su obligación del pago de la indemnización que hubiese correspondido ya sea por una caducidad (sanción por incumplimiento de una carga determinada) o por una rescisión (sanción por incumplimiento de una obligación).

Prestación del Asegurador.

Para finalizar con el presente módulo, en el que se han desarrollado los preceptos del artículo 1ro de la Ley de Seguros, resta efectuar un análisis sobre la principal obligación que recae en el asegurador: La prestación.

Vimos que la norma precitada, indica que existe contrato de seguros cuando un asegurador se obliga, mediante una contraprestación (costo o prima), a reparar las consecuencias económicas de un hecho dañoso, al que denominamos riesgo o eventualidad.

Así pues, acaecido un siniestro, entran en funcionamiento el mecanismo técnico que hace al contrato de seguros, tendientes a determinar la correspondencia de la prestación del asegurador, entre las que se destacan:

1- Que el asegurado haya cumplido con su obligación primaria: Pagar la prima

2- Que el siniestro haya sido denunciado en tiempo y forma y se le hayan aportado al asegurador todos los requerimientos informativos documentales, razonables y necesarios para la correcta verificación del hecho.

3- Que recaiga sobre el asegurado la relación de carácter jurídico económica, estableciéndose que el evento trajo aparejada una consecuencia gravosa para su patrimonio.

4- Que el evento previsto sea realmente el que se declaró al momento de la convención y que éste no hubiese sufrido modificaciones que pudieran incrementar la posibilidad de que ocurriese

5- Que no haya existido en la producción del hecho una acción volitiva de parte del asegurado tendiente a provocarlo y que aquél haya adoptado todos los recaudos necesarios para permitir la correcta evaluación del daño y del daño mismo.

6- Que el siniestro encuadre dentro de los alcances de la cobertura pactada.

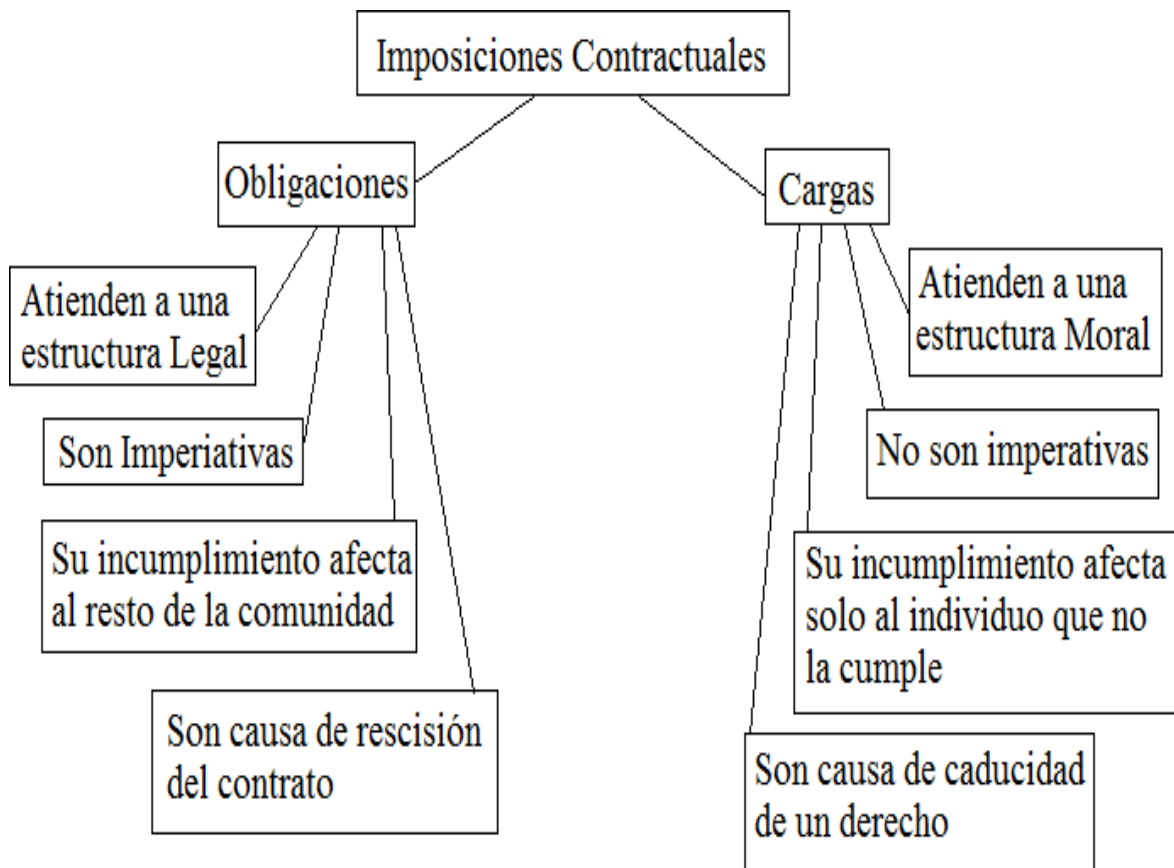
Determinadas esas cualidades, que competen a la esfera estrictamente verificativa del siniestro, el asegurador o en su caso, el profesional que aquella hubiese designado, procederá a la apertura de la etapa liquidativa del siniestro.

Es de suma importancia destacar que hasta que no se encuentre correctamente finalizada la primera etapa (verificativa) no se puede iniciar la liquidación del siniestro, pues poner en funcionamiento mecanismos que hacen al ajuste de la pérdida, significará un reconocimiento tácito de conformidad sobre las circunstancias que rodearon al evento, numeradas anteriormente y por consiguiente, la renuncia a causales de desestimación basadas en ellas.

En esta segunda etapa y dependiendo del tipo de cobertura y sus características particulares, se procederá al ajuste de las pérdidas aplicándose los procedimientos técnicos de evaluación, ajuste y cuantificación pertinentes.

Verificadas las circunstancias del siniestro y su encuadre en la cobertura y establecida y ajustada la pérdida del asegurado, el asegurador procederá con la prestación a su cargo, dentro de los tiempos y modalidades que tanto el contrato como la Ley de Seguros le impone.

El siguiente esquema permite una mejor comprensión de las características que distinguen una obligación de una carga.



CAPITULO II
NULIDAD; CADUCIDAD; RESCISIÓN

El incumplimiento o la inobservancia de ciertos ordenamientos que emanan del contrato de seguros, puede traer aparejada la pérdida de alguno o todos los derechos para la parte que los infringe.

Aparecen así tres consecuencias jurídicas que afectan directamente a la convención y de las que pueden resultar tanto la anulabilidad del contrato (nulidad), como la pérdida de un derecho en forma específica (caducidad) o bien, la derogación misma del contrato (rescisión).

Debemos primeramente entonces, efectuar un análisis de los tres supuestos mencionados y que son objeto del presente capítulo, a fin de establecer sus principales características y diferencias.

No debe perderse de vista tampoco, que existen conceptos groseramente erróneos acerca de estas tres consecuencias y hasta más de un seudoprofesional, los ha considerado “sinónimos” y es ahí de la importancia del subsiguiente análisis.

La nulidad

Esta figura se origina en defectos formales al tiempo de la celebración y cuya consecuencia hace que el contrato pierda su validez desde su mismo inicio.

Así pues, vemos que toda declaración falsa u ocultamiento de circunstancias conocidas por el asegurado que hacen al verdadero estado del riesgo y que hubiesen incidido en que la convención se celebrase bajo otras condiciones o directamente no se hubiese formalizado, torna nulo al contrato pues el riesgo que se aseguró difiere del real.

De tal forma y considerando el supuesto anterior, vemos que concurren los principios del artículo 5to. de la Ley de Seguros (Reticencia).

Sin embargo, no debemos olvidar que existen otros supuestos tales como la inexistencia de riesgo, los fines de enriquecimiento ilícito (ya sea por asegurar un bien por un valor superior al real o bien por pluralidad de seguros), la inexistencia de interés asegurado, la exoneración por mora y los seguros pactados con un asegurador no autorizado a operar (conforme al art. 61 de la Ley 20.091).

Como vemos, la mayoría de las circunstancias que pueden conducir a la anulabilidad de un contrato de seguros, resultan ser consecuencias de actos propios del asegurado, empero el asegurador para alegarlos, debe constreñirse a los plazos que para cada caso en particular le impone la Ley 17.418, pues fuera de estos, se da por entendido que conocidas las falencias formales del contrato, aceptó aquellos y por lo tanto el contrato prosigue hasta su conclusión.

Consecuentemente y a modo de ejemplo, conocida por el asegurador una circunstancia que implique una reticencia por parte del proponente, la compañía dispone de un plazo máximo de tres meses para impugnar el contrato.

La caducidad

Resulta imprescindible y antes de dar inicio a este apartado, destacar que el ordenamiento técnico en el cual se desenvuelve la actividad aseguradora, tiende a procurar de parte del asegurado una serie de conductas cuyo principal objetivo es la de mantener la licitud del convenio.

En tal sentido, el artículo 60* de la Ley de Seguros, establece claramente que *“...Puede ser objeto de estos seguros (patrimoniales) cualquier riesgo si existe interés económico lícito de que un siniestro no ocurra...”*

Dentro de este ordenamiento de conductas, se imponen una serie de cargas y obligaciones que el asegurado debe indefectiblemente cumplir, pues de no hacerlo, automáticamente pierde *lisa y llanamente* sus derechos.

Esta pérdida de derechos consecuente del incumplimiento de ciertas normas de conductas impuestas al asegurado mediante diversas cargas, es lo que denominamos como “caducidad”.

Para una mejor claridad del tema, desarrollaré seguidamente algunas de las conductas que le son impuestas al asegurado en caso del acaecimiento de un siniestro y sus consecuencias por incumplimiento:

1- Denuncia del siniestro

El primer párrafo del artículo 46* de la LS, impone al tomador o derechohabiente, un plazo máximo de setenta y dos horas para comunicar al asegurador el acaecimiento de un siniestro.

La sanción por el incumplimiento de esta carga, se encuentra tipificada en el artículo siguiente (“...*El asegurado pierde el derecho a ser indemnizado, en el supuesto de incumplimiento de la carga prevista en el párrafo 1ro del art. 46...*”), empero, destaca también ese mismo artículo y como excepción, que la extensión de dicho plazo puede ser considerada de haber

mediado –y así lo acredite el asegurado- caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

2- Información complementaria.

Otra carga impuesta al asegurado es la de proporcionar al asegurador a su pedido, todas aquellas informaciones de carácter complementario que permitan verificar de manera correcta el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, como así también, la presentación de toda aquella prueba instrumental que resulte razonable.

Este ordenamiento y al igual que el anterior, también emana del artículo 46* de la LS, a través de sus párrafos 2do y 3ro.

Prevé el mismo cuerpo legal una sanción para su incumplimiento y –coincidentemente con el caso anterior- también es la pérdida del derecho del asegurado a percibir la indemnización.

“... Art. 48 ... El asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el párrafo 2do. del art. 46, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños...”

3- Obligación de Salvamento

El artículo 72* de la Ley de Seguros, prescribe claramente que el asegurado está obligado a proveer lo necesario para evitar o disminuir el daño, conminándolo también a observar las indicaciones del asegurador.

La violación de estas obligaciones (que más adelante veremos que se tratan en realidad de cargas) por parte del asegurado, ya sea que hubiese mediado dolo o culpa grave, automáticamente libera al asegurador de su obligación de indemnizar, siempre y cuando el daño habría resultado menor sin esa violación. 31

4- Cambio en las cosas dañadas

Si bien puede parecer una obviedad, entre las imposiciones a las que el asegurado debe someterse, esta la de no efectuar modificaciones en las cosas dañadas que dificulten el establecimiento de la causa del daño o el mismo daño (Art. 77* LS).

Se hace aquí una salvedad de singular importancia: Esta obligación puede ser incumplida en tanto y en cuanto su violación obedezca a disminuir el daño o en el interés público.

El incumplimiento de esta carga en forma maliciosa de parte del asegurado, libera al asegurador.

Sin embargo, no debe perderse de vista que el mismo artículo 77* impone también una conducta de celeridad al asegurador, el cual debe proceder sin demoras a la determinación de las causas del siniestro y la valuación de las pérdidas, caso contrario extingue su derecho de invocar esta causal liberatoria.

5- Cambio del titular del interés asegurado

El artículo 82* de la LS. establece que, salvo pacto en contrario, el cambio del titular del interés asegurado debe notificarse al asegurador dentro de un plazo de siete días desde su formalización y su omisión libera al asegurador si el siniestro ocurre quince días después de vencido dicho plazo.

Es decir que, en total, la Ley prevé un plazo total de 22 días para la comunicación del cambio del titular del interés, tras lo cual, no adeuda prestación alguna.

En el primer capítulo de la presente obra, destacamos como uno de los caracteres principales del contrato de seguros que el mismo resulta ser personalísimo ya que interesa en grado

sumo establecer el riesgo moral de la persona con la que se contrata.

Vemos aquí que esta normativa busca fundamentalmente la preservación de ese carácter personalísimo.

La rescisión

A diferencia de la caducidad, la rescisión afecta a todo el contrato y si bien puede ser consecuencia de una sanción ante un determinado proceder indebido de alguna de las partes, está previsto también que la misma sea sin causa justificada.

En consecuencia debemos efectuar una distinción entre aquellas rescisiones con causa de aquellas que no la tienen. 34

1- Rescisión sin causa

El segundo párrafo del artículo 18* LS, prevé que cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el contrato, más allá del plazo que se hubiere estipulado en el contrato y sin expresar causa alguna.

Dice también, que para ejercer este derecho, el asegurador debe notificar su decisión con un plazo de preaviso no menor a los quince días, hallándose obligado al reembolso de la prima proporcional por el plazo no corrido. En cambio, para el caso en el que la rescisión sea solicitada por el asegurado, éste no está obligado a dar preaviso alguno, pero sí adeuda la prima por el tiempo de cobertura, conforme la tarifa de corto plazo.

2- Rescisión con causa

Podemos mencionar en este apartado, seis circunstancias que pueden causar la rescisión del contrato de seguros: Transferencia de interés asegurado; Agravación del Riesgo; Siniestro parcial; Pluralidad de seguros y Diferencia entre propuesta y póliza.

Puede observarse claramente que –salvo para los casos en los que se determina mediante el juicio de peritos, una agravación del riesgo- en la mayoría de los supuestos anteriores, la rescisión no constituye en sí una sanción, sino más bien, una voluntad manifiesta de alguna de las partes.

Diferencias más significativas entre la Nulidad, la Caducidad y la Rescisión

A fin de cerrar el presente módulo y con el objeto de lograr una mayor claridad de distinción entre los tres supuestos desarrollados, distinguiremos las diferencias de mayor relevancia entre las tres figuras analizadas:

Si hablamos de su origen, debemos entonces señalar que la nulidad se origina en defectos formales ocurridos al nacimiento del contrato (por ejemplo, reticencia), en tanto que la caducidad y la rescisión se originan en incumplimientos de cargas y obligaciones respectivamente.

En cuanto a su distinción en el tipo efecto que estas situaciones traen a los contratos de seguros, debemos destacar que mientras dos de ellas afectan al contrato en su totalidad (nulidad y rescisión), la restante lo hace solo en parte, pues el incumplimiento de una carga genera la pérdida de un derecho. (*“...el asegurado pierde el derecho a ser indemnizado...”*)

No debemos dejar de mencionar asimismo que si bien todas las causales de caducidad constituyen una sanción, no todas las rescisiones son penalidades, pues la Ley de Seguros prevé en su artículo 18vo. la posibilidad de que cualquiera de las partes rescinda el contrato sin causa justificada.

Por último y más allá de las distinciones aludidas anteriormente, es menester señalar que en todos los casos y siempre que el asegurador se ajuste los términos que le

impone la legislación, tiene derecho a percibir la prima del período corrido entre el nacimiento del contrato y el conocimiento de la causal de nulidad, caducidad o rescisión.

Para finalizar el presente módulo, presentamos un cuadro con las principales características de los tres ordenamientos vistos:

CAUSAL DE LIBERACION	ORIGEN	CONSECUENCIA
NULIDAD	Errores formales del contrato al momento de su celebración.	El contrato es nulo, no obstante lo cual el asegurador tiene derecho a percibir la prima hasta el momento que conoció la causa de la nulidad y no adeuda prestación alguna.
CADUCIDAD	Incumplimiento de Cargas	El asegurado sufre la pérdida de un derecho (por ej. el derecho a ser indemnizado), no obstante y existiendo acuerdo de partes, el contrato puede proseguir, ya que la caducidad no lo afecta en su totalidad.
RESCISIÓN	Incumplimiento de Obligaciones	El contrato se extingue y pierde validez. El asegurador tiene derecho a la prima hasta el momento que conoció la causa de la rescisión. No adeuda prestación alguna

CAPITULO III
CULPA GRAVE Y DOLO
DEL ASEGURADO

Introducción al tema

Dentro de la técnica legal del seguro, existen diferentes circunstancias que pueden hacer que el asegurador se libere de su obligación contractual, pero siempre y aunque parezca una obviedad, en todas ellas se ha de dar como condición *sine qua non*, la existencia de un siniestro.

Pueden darse circunstancias en las cuales el asegurador queda liberado del pago de su obligación, por un error formal en el nacimiento del contrato que torna hacia su anulabilidad; otras en las que ciertos comportamientos infringidos o no cumplidos por los asegurados devienen en pérdida de uno o algunos de los derechos del contrato y otros, finalmente, en los cuales a causa de un incumplimiento de una normativa legal o contractual les hace perder no uno, sino todos los derechos del contrato.

De todas hemos de focalizarnos en cuatro: La reticencia, la Agravación del Riesgo, el Cambio en las Cosas Dañadas y el incumplimiento de la Obligación de Salvamento.

Los motivos los iré desarrollando en el decurso de los subsiguientes títulos que componen este trabajo, pero claramente esos cuatro temas se encuentra íntimamente relacionados con el expuesto.

Introducción a los conceptos de culpa grave y dolo

Jurídicamente, cuando se habla de una acción “dolosa”, se hace referencia a una “intencionalidad”.

Es decir, la consecuencia –conocida desde su inicio en la mente del actor- es el resultado de un despliegue accionario y netamente volitivo, tendiente a provocarla.

Todo accionar doloso persigue un fin antijurídico, puesto que no sólo actúa dolosamente quien comete un asesinato, sino que también lo hace aquel que lleva a cabo una o varias conductas que se encuentran expresamente prohibidas por una norma (sin referirme específicamente al contrato de seguros).

Pero no todos los hechos antijurídicos derivan de una intencionalidad. Muchos son cometidos por impericia, negligencia grosera o desinterés, en tanto que otros son cometidos en un estado de exceso de confianza en uno mismo (pensar que como nunca me pasó, nunca me va a pasar).

Se dan así situaciones que no pueden catalogarse como dolosas (ante la falta de intencionalidad característica del dolo), pero sin embargo, tampoco pueden encuadrarse dentro del terreno de la simple culpa. Este tipo de cuasi intención se lo denomina dolo eventual

Yendo estrictamente al terreno del Derecho de Seguros, vemos que esta última concepción de eventualidad en el dolo, no se encuentra prevista. Sin embargo, el concepto que se emplea es perfectamente asimilable: Culpa grave.

Se dice que un hecho resultó culposo cuando una conducta determinada o una inconducta, causó un daño hacia un tercero. Si bien la consecuencia de ese accionar (o inacción) puede acarrear el fallecimiento de otra persona, a diferencia del dolo, la culpa carece del complemento intencional.

La culpa en sí resulta generalmente de una impericia o de una negligencia. Empero cuando esa negligencia se convierte en grosera al punto de que ni siquiera el menos previsor de los hombres hubiese incurrido en ella, la culpa obtiene su complemento: La gravedad.

Es decir; el exceso de confianza, la negligencia grosera, el desinterés o la indiferencia por las consecuencias de determinada conducta, agravan la culpa.

Se observa entonces que, en definitiva, la culpa grave se encuentra íntimamente hermanada con el dolo eventual, siendo la primera un vocablo casi exclusivo del Derecho de Seguros.

Haciendo un resumen de las dos definiciones, podríamos decir que hablamos de dolo ante la existencia de una voluntad destinada hacia un fin antijurídico preestablecido y nos referimos a la culpa grave como al producto de una actitud de marcada indiferencia sobre la consecuencia de una acción determinada.

El dolo en materia de seguros

Dijimos entonces que el dolo posee un complemento dominante e inseparable: La intencionalidad.

Con este precepto y efectuando un rápido análisis de la Ley 17.418, vemos que este si bien no se encuentra mencionado literalmente en algunos artículos que imponen sanciones, su presencia surge implícita de su lectura.

Tenemos así el artículo 5to LS, el cual refiere que cualquier falsa declaración u ocultamiento de circunstancias conocidas por el asegurado, que –juicio pericial mediante- de haber estado el asegurador en conocimiento al momento de la convención, la misma no se hubiese practicado o se hubiese efectivizado bajo otras condiciones, anula el contrato.

Cabe preguntarse si el ocultamiento de una circunstancia o una falsa declaración ante un asegurador, no se encierra una

intencionalidad de evitar una correcta evaluación del riesgo que asumirá y eludir así un posible incremento en la prima.

Es relevante a esta altura, recordar que uno de los caracteres de mayor significación en el contrato de seguros es el álea.

El álea resulta ser la cuantificación de un riesgo en base a un relevamiento de cálculos estadísticos sobre una población determinada y delimitada, que fija un valor de equilibrio entre ese riesgo y el costo que a la comunidad asegurada se le va a cobrar por ampararlo. A mayor frecuencia de un riesgo, más elevado el costo (prima) del seguro.

Se puede afirmar entonces y en respuesta a la pregunta formulada anteriormente, que quien se manifiesta reticente al momento de solicitar una determinada cobertura con el objeto de obtener un beneficio indebido (al caso, una prima menor), encuadraría su postura dentro del dolo. Es decir, una acción volitiva con un fin antijurídico.

Un caso similar es el que se deduce del análisis del artículo 37* de la mencionada Ley de Seguros, ya que quien no comunica al asegurador el advenimiento de una circunstancia que agrava al riesgo, busca en realidad evitar también un incremento en el costo de su póliza y por lo tanto, su conducta encuadraría también dentro de la intención; característica del dolo.

Y esta actitud (dolosa) está también determinada en aquel que, infringiendo pautas legales y sin autorización, efectúa modificaciones en las cosas dañadas (art. 77* LS) con el propósito de entorpecer la tarea de verificación del asegurador o, en el amparo de una cobertura de seguros, no lleva a cabo las tareas de salvamento que le impone el artículo 72* LS.

Siniestros provocados dolosamente

Tal como lo comentara al principio dentro del estricto lineamiento del seguro, existen situaciones en las que el asegurador se libera de su obligación de indemnizar por distintas razones técnicas y cuyas consecuencias pueden ser caducidad, nulidad o rescisión.

Pero en todos esos escenarios siempre se tuvo un denominador común que en principio le imponía al asegurador una obligación de la cual liberarse: El siniestro

Desde un punto de vista técnico, el siniestro no es más que la materialización de esa eventualidad (riesgo) que se ampara mediante el contrato de seguros y cuando hablamos de riesgo como una eventualidad, claramente nos referimos a un hecho posible y probable, pero indeterminado en el tiempo y cuyo acaecimiento muchas veces no se materializa.

Consecuentemente y siguiendo los lineamientos que sobre este mismo particular desarrollara el Dr. NICOLAS H. BARBATO en su obra CULPA GRAVE Y DOLO EN DERECHO DE SEGUROS, cuando un asegurado provoca un siniestro dolosamente, la materialización de ese riesgo (al ser causado por el propio asegurado) pierde esa característica de eventual que singulariza a las contingencias que ampara el seguro.

Por lo tanto, un evento dañoso provocado deliberadamente escapa a la mecánica del amparo asegurativo y no constituye realmente un siniestro conforme la definición de tal que se conoce en materia de Derecho de Seguros, por lo cual no obliga al asegurador y en consecuencia, este no debería tener de qué desobligarse. Se trataría de una situación de “*no siniestro*”

Siniestros acaecidos con Culpa Grave

A diferencia del siniestro provocado dolosamente, cuando media en un evento de esas características la culpa grave el asegurador, para liberarse, debe dar probanzas ciertas de que en el caso, se configuró esa situación

Así pues, es menester demostrar que si bien el asegurado no tuvo una deliberada intención de provocar el hecho dañoso (caso contrario, nos encontraríamos ante un supuesto del título anterior), no le importaron las consecuencias.

Por consiguiente, debe analizarse cuál hubiese sido la conducta de ese sujeto en caso de no contar con una cobertura de seguros, patrón de razonamiento que actualmente priva en nuestros Tribunales, tal como así lo demuestra la siguiente jurisprudencia:

...Culpa grave a tenor de la esencia que hace a la naturaleza del contrato de seguro, es la exteriorización de una conducta de inclinada intensidad de negligencia y despreocupación, en el actual común, impropia de la “generalidad”, que genéricamente equivale al abandono del deber jurídico de sujetar las acciones dentro de la normal convivencia social y, específicamente por acción y omisión en el quehacer que ha presupuesto la integración del vínculo jurídico contraído con el asegurador, manifestar indiferente a la suerte de los bienes asegurados..”

En otras palabras, debe quedar perfectamente demostrado que el asegurado hubiese tenido una conducta diametralmente opuesta si no hubiese contado con una póliza que lo amparase y que en realidad aquella (la garantía) –contrariamente a la naturaleza del seguro y a los comportamientos de deber y cuidado que se le imponen al asegurado- se transmutó en el respaldo que le permitió adoptar esa postura desinteresada y que no hubiese adoptado el hombre común y poco previsor.

Es ése parámetro de conducta el que debe primar por sobre todos al momento de establecer la concurrencia de una culpa

grave: El comportamiento del individuo en una circunstancia de riesgo similar, sin el amparo del seguro.

Si se acredita que efectivamente en el siniestro influyó esa circunstancia particular de obrar displicente por contar con una cobertura, el asegurador se encuentra en posición de liberarse del siniestro.

CAPITULO IV

COBERTURAS: DEFINICIONES

Y MEDIDAS DE PRESTACIÓN

Riesgo Cubierto

Se denomina Riesgo Cubierto a ese suceso eventual, incierto en el tiempo, de posible producción pero de acaecimiento no deseado que pueda afectar tanto a las personas como al patrimonio de éstas (según se trate de seguros patrimoniales o sobre las personas) y que se encuentre bajo el amparo de un Contrato de Seguros.

Exclusiones

Todos los riesgos son asegurables en tanto y en cuanto exista un interés económico lícito de que un siniestro no ocurra (artículos 2do. y 60mo. L.S.).

No obstante ello, existen ciertas circunstancias que pueden aumentar la producción de un determinado riesgo cubierto y por lo tanto, se las excluye de la cobertura, de manera tal que el acaecimiento de ese evento no deseado por las partes quede delimitado y encuadrado dentro de un espectro perfectamente definido.

Asimismo, las exclusiones imponen un deber de cuidado mayor sobre los bienes amparados de parte de los asegurados, lo que redundará en una reducción sustancial sobre la factibilidad del riesgo.

Así pues y entre otros, se encuentran excluidos de casi todas las coberturas, las confiscaciones del estado, los siniestros consecuentes de vicio propio, los hechos provocados dolosamente o con culpa grave, los hechos generados a consecuencia de guerra civil o internacional, sedición o motín.

Si bien muchas de estas exclusiones no pueden asegurarse bajo ningún concepto, existen otras que –mediante el pago de una prima más elevada- pueden asegurarse.

Así pues, en los seguros de Incendio, la póliza básica excluye los daños producidos o provocados por huracán, vendaval, ciclón o tornado, no obstante estos pueden ampararse en forma particular.

A este tipo de riesgos no asegurados inicialmente y que pueden ampararse mediante una prima mayor, se los conoce como “adicionales”,

Medida de la Prestación

Se llama medida de la prestación a la manera en la cual se deberá calcular el daño sufrido por el asegurado, por ello, su conocimiento resulta ser uno de los pilares de la tarea del liquidador.

Si bien de acuerdo al tipo de riesgo que asume el asegurador, la medida de prestación se encuentra estandarizada, no debemos olvidar que ello será así en tanto y en cuanto la póliza no prevea una modalidad diferente, debiendo el liquidador ajustar el procedimiento de liquidación a la medida de prestación convenida.

Si bien muchos autores indican que las medidas de prestación son tres (A Prorrata; A Primer Riesgo Absoluto y A Primer Riesgo Relativo), en realidad esto constituye un error de interpretación, pues son dos: A Prorrata y A Primer Riesgo.

Ocurre que la medida de prestación A Primer Riesgo se subdivide en dos; Absoluto y Relativo, dependiendo ello si lo que se aseguró fue la totalidad de los bienes o si, atendiendo al tipo de riesgo amparado, se optó por amparar un porcentaje del total.

La principal diferencia que existe entre las medidas de prestación lo constituye el modo en que se procederá ante los casos de infraseguro (cuando la suma asegurada resulta inferior al valor asegurable)

Así pues, para el caso de la Prorrata o de Primer Riesgo Relativo, en caso de establecerse una situación de infraseguro, el asegurador solamente estará obligado a responder en la proporción asegurada. Es decir, si el valor asegurable es

superior en un 50% al valor asegurado, el asegurador estará obligado solamente a responder por el 50% del daño, quedando el porcentaje restante en descubierto y a cargo del propio asegurado.

Por otra parte, para el caso de sobreseguro (valor asegurado superior al valor asegurable) el asegurador solamente está obligado a responder por el daño efectivamente sufrido, no obstante lo cual tiene derecho a percibir la prima completa (Ley 17.418, Art.65: *Si al tiempo del siniestro el valor asegurado excede del valor asegurable, el asegurador sólo está obligado a resarcir el perjuicio efectivamente sufrido; no obstante, tiene derecho a percibir la totalidad de la prima*)

Para una mejor comprensión de estos tipos de procedimientos, los desarrollaremos en forma específica a continuación:

A Prorrata

Existen ciertos riesgos que se toman bajo una suma asegurada global pero que son pasibles de sufrir afectaciones en forma parcial –por ejemplo el caso de la cobertura de Incendio Edificio- Para este tipo de seguros, lo normal es que la medida de la prestación sea A Prorrata.

Es decir, la indemnización será la resultante del prorrateo del daño sobre el valor en riesgo, y se calcula empleando la siguiente fórmula

SUMA ASEGURADA X DAÑO

VALOR EN RIESGO

En el caso en que el valor en riesgo (que representa el costo real al que debió asegurarse el bien) resulte superior a la suma asegurada, la resultante determinará un porcentaje de descubierto a cargo del propio asegurado.

Por ejemplo:

$$\frac{20.000,00 \times 1.500,00}{40.000,00} = 750,00$$

Se observa en que, más allá que el daño sea sustancialmente inferior al valor de la suma asegurada, siendo ésta inferior en un 50% al valor en riesgo, el asegurador solamente deberá indemnizar por el porcentaje realmente asegurado es decir, la

mitad, quedando el saldo a cargo del propio asegurado por infraseguro.

Si en cambio, no hay diferencia entre la suma asegurada y el valor en riesgo o si éste es inferior, la indemnización resultante será siempre el daño sufrido, tal como se muestra en los dos cálculos siguientes:

$$\frac{20.000,00 \times 1.500,00}{20.000,00} = 1.500,00$$

$$\frac{20.000,00 \times 1.500,00}{15.000,00} = 2.000,00 (*)$$

(*) El daño determinado es 1.500,00 por lo tanto ese será el importe que el asegurador deberá indemnizar.

A Primer Riesgo

Esta medida de prestación se subdivide en dos procedimientos de liquidación diferentes según el modo en el que se haya

convenido la prestación, ya sea por el total o por la proporción de ese total que se ha amparado.

Así pues, de esta medida de prestación surge A Primer Riesgo Absoluto y A Primer Riesgo Relativo.

A Primer Riesgo Absoluto

Cuando hablamos de una cobertura cuya medida de prestación es A Primer Riesgo Absoluto, hablamos de un seguro que ampara a uno o varios bienes en forma total. Por ejemplo, la cobertura de robo en Combinado Familiar es generalmente a Primer Riesgo Absoluto.

Ello implica que, producido un siniestro, el asegurador responderá hasta el monto de la suma máxima asegurada por el rubro.

A Primer Riesgo Relativo

Por otra parte, cuando se decide asegurar una parte de un total, como por ejemplo el rubro robo de mercaderías en comercio, se estima un porcentaje de factibilidad de robo sobre el total y sobre esa relación se asegura.

Determinado tipo de negocios, tornan sumamente difícil que se produzca una sustracción total de su mercadería y en ese caso, solamente se asegura la proporción que se estima en verdadero riesgo.

Para estimar la indemnización, el cálculo será

SUMA ASEGURADA X DAÑO

VALOR ASEGURABLE

Es importante tener en cuenta que en este tipo de coberturas, la regla proporcional entre el valor asegurado y el stock debe mantenerse a lo largo del contrato, debiendo el asegurado informar sin dilación si el valor de stock se incrementa, ya que se incrementará también la suma asegurada, con la consiguiente refacturación de la prima.

Así pues, para este supuesto, si un cliente posee un stock valuado en \$ 100.000,00 y se estima que en un hecho ilícito le habrán de robar \$ 25.000,00, se puede pactar la cobertura de robo de mercaderías con medida de prestación A Primer Riesgo Relativo en una relación (para el caso del ejemplo) de 1 a 4 (es decir, 25.000,00 parte de 100.000,00)

Sin embargo, si al momento del siniestro se determina que el stock del asegurado no era de \$ 100.000,00 si no que el mismo alcanzaba una suma de \$ 120.000,00, la proporción 1 a 4 pasará a ser \$ 30.000,00 (que pasa a ser el valor asegurable) parte de \$ 120.000,00

Ello implica que al incrementarse la relación y al no haber sido éste movimiento informado a la Compañía de Seguros, el asegurado está implícitamente haciéndose cargo en la misma proporción al momento de un siniestro.

Para una mejor claridad, seguidamente se muestran los cálculos que se deberán realizar considerando estas dos opciones

a) Relación asegurada se mantiene al momento del siniestro

$$\frac{25.000,00 \times 1.500,00}{25.000,00} = 1.500,00 (*)$$

(*) Indemnizable resulta igual al daño: \$ 1.500,00

b) Se determina que la relación asegurada varió al momento del siniestro:

$$\frac{25.000,00 \times 1.500,00}{30.000,00} = 1.250,00 (*)$$

(*) Quedará a cargo del asegurado una parte del daño que será igual a la diferencia porcentual en menos que se halla amparado.

Valor a Nuevo

Aquellos contratos que contengan una cláusula de valor de reposición a nuevo, indicará que se habrá de reconocer el valor a nuevo del o los elementos sustraídos o dañados, sin tener en cuenta la depreciación por uso, antigüedad o estado.

Valor de Reconstrucción

Cuando se habla de valor de reconstrucción nos referimos al costo de reconstrucción de un edificio determinado afectado por un siniestro. Este valor resulta ser de vital importancia al momento de estimar el ajuste del daño y cuya medida de

prestación es A PRORRATA, pues nos permitirá establecer en principio si el valor asegurado se corresponde con el valor en riesgo (también conocido como *valor a riesgo*) o si se está en presencia de un infraseguro (suma asegurada inferior al valor en riesgo) o de un sobreseguro (suma asegurada superior al valor en riesgo).

En algunos contratos, se prevé que al momento del ajuste, el valor que se tomará será el de reconstrucción a nuevo y por lo tanto no debería aplicarse demérito alguno para determinar el valor en riesgo. No obstante es importante destacar que sí o sí en este tipo de casos, se deben llevar a cabo los dos ajustes (sin depreciación y con depreciación) para determinar si la indemnización, aplicada la depreciación, resulta ser o no superior a la que le correspondería percibir con la inclusión de la cláusula de reconstrucción a nuevo.

Ello es así, habida cuenta que la mencionada cláusula de reconstrucción a nuevo prevé que solamente será de aplicación si la indemnización resultante no resulta inferior a la que hubiere resultado de no haberse pactado esa condición particular.

Valor Tasado

Ciertos objetos que por su antigüedad o su suntuosidad o su valor artístico o su exclusividad, no poseen un precio de mercado.

Esa circunstancia torna al proceso de estimación del daño sumamente complejo y por ello, algunos contratos y para determinados bienes, poseen un valor consignado que responde a una tasación profesional.

Así, al momento de efectuar el ajuste del daño, el valor a indemnizar por la pérdida o daño de ese objeto determinado, se considerará su precio por la tasación efectuada oportunamente sin tener en cuenta demérito alguno.

Cláusula de Reconstrucción y/o Reparación y/o Reposición a Nuevo

Algunos contratos incluyen una cláusula que establece que el asegurador indemnizará los daños consecuentes de un siniestro, sin tener en cuenta la depreciación por antigüedad del inmueble afectado.

Esta cláusula (denominada de Reconstrucción y/o Reparación y/o Reposición) es desde luego la más conveniente a los asegurados, pero no se puede obviar que si la misma es aplicada en forma equívoca puede llegar a perjudicarlos. Y seriamente.

Si consideramos una suma asegurada de \$ 1.000.000,00 y un valor en riesgo sin depreciar de \$ 1.500.000,00, estaríamos claramente ante una situación de infraseguro del 33,34%, el cliente percibiría solamente el 66,66% de la pérdida, quedando el otro porcentual a su cargo por “propio seguro”.

Tomemos como ejemplo un daño de \$ 125.000,00. A cargo del asegurador quedarían \$ 83.325,00, en tanto que el asegurado debería participar con la suma de \$ 41.675,00, viéndose así notoriamente perjudicado.

Aparece entonces como una cláusula en principio beneficiosa, pero que puede tornarse negativa si se efectúa el ajuste de esta manera, razón por la cual la misma cláusula autorestringe su aplicación.

Así pues, el inciso 6) de dicha norma establece que *la indemnización de los daños no podrá ser inferior en ningún caso a la que resultaría si la presente cláusula no hubiera sido practicada.*

Si aplicado el proceso de cálculo de depreciación comentado precedentemente, el valor a riesgo resulta igual o inferior a la suma asegurada, desaparece automáticamente la situación de infraseguro.

No obstante es importante recordar que el valor del porcentaje que se habrá de establecer para determinar el valor a riesgo, deberá aplicarse también sobre el monto del daño.

De tal manera, si en el mismo caso comentado en este título el porcentaje de demérito resulta inferior al 50%, a efectos de establecer el monto indemnizable deberá procederse con este último supuesto, quedando sin efecto la reconstrucción y/o reparación y/o reposición a nuevo.

Implícitamente queda así determinado que al momento de practicar un ajuste sobre un edificio en cuyo contrato se ha incluido esta cláusula, sí o sí debe efectuarse el cálculo depreciativo a fin de confirmar técnicamente si corresponde o no la aplicación de esta norma contractual.

Franquicia y descubierto obligatorio, diferencias

Tanto la franquicia como el descubierto obligatorio implican que en caso de siniestro, el asegurado deberá soportar una parte del daño.

No obstante, si bien podemos decir por ello que ambas figuras resultan ser análogas, se diferencian fundamentalmente en que, mientras las franquicias persiguen evitar en determinados riesgos (como por ejemplo, empresas de ferrocarriles) que el asegurador deba hacerse cargo prácticamente a diario por siniestros de baja envergadura, asumiendo los daños realmente relevantes, evitándose así también otros gastos administrativos.

El descubierto obligatorio impone en cambio, una mayor obligación en el deber de cuidado de parte del asegurado sobre sus bienes, ya que soportará en caso de siniestro un porcentaje del daño.

Existe otro tipo de descubierto que no debe confundirse con el descubierto obligatorio y que es el que surge como consecuencia del infraseguro, tal como ha sido visto anteriormente en este mismo módulo.

CAPITULO V
LIQUIDACION DEL SINIESTRO
Y AJUSTE DE LA PERDIDA

El artículo 46 de la Ley de Seguros

El artículo 46 de la Ley de Seguros 17.418, determina cuáles serán las cargas que el asegurado luego de ocurrido el siniestro, deberá cumplimentar para permitir la correcta evaluación del daño y la extensión del asegurador.

Estas cargas se encuentran prescriptas en los párrafos segundo y tercero de la mencionada norma, y son:

Además, el asegurado está obligado a suministrar al asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.

El asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el asegurado. No es válido convenir la limitación de los medios de prueba, ni supeditar la prestación del asegurador a un reconocimiento, transacción o sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones legales sobre cuestiones prejudiciales.

Requisitoria de documentación e información

A los fines de la verificación y liquidación de un siniestro, el liquidador requerirá al asegurado la información complementaria relacionada con el siniestro a fin de llevar adelante la etapa investigativa del siniestro, conforme lo establece el artículo 46* de la Ley 17.418 en su párrafo segundo.

A su vez, efectuará también una requisitoria de prueba instrumental, mediante la cual el asegurado entregará todas las constancias documentales que permitan por un lado establecer el interés asegurado y por el otro, cuantificar de manera correcta las pérdidas (art. 46* L.S., párrafo 3ro)

Ambas solicitudes deben efectuarse en forma diligente, de manera tal que el proceso de verificación y ajuste de las pérdidas se desarrolle dentro de un plazo que permita al asegurado reponer los bienes afectados en el menor tiempo posible.

Es importante señalar también que en tanto y en cuanto el asegurado no suministre la información y/o documentación requerida, deberá mantenerse suspendido el término del artículo 56* L.S. -circunstancia que deberá ser informada en forma fehaciente al asegurado- toda vez que estos constituyen los elementos respaldatorios del reclamo.

Procedencia

Tanto en lo que se refiere a las requisitorias informativas como documentales, debe tenerse en cuenta que aquellas deben resultar procedentes y hallarse directamente relacionadas con el fin buscado (verificar el siniestro y estimar las pérdidas y ajustar el daño conforme las indicaciones del contrato).

Así por ejemplo, para el caso de una cobertura de incendio edificio en una vivienda particular, resultará procedente solicitar entre otros, el título de propiedad (para determinar el interés asegurado) y planos de la finca (para establecer la antigüedad y el metraje total sobre el cual se elaborará el ajuste del daño).

No será procedente solicitar documentación que no sea menester a los fines de la tarea de liquidación y verificación del caso. De tal forma, si no se hallan amparados los objetos que componen el mobiliario de la vivienda, resultará a todas luces improcedente solicitar al asegurado documentación de preexistencia de estos elementos y sustentar una interrupción del plazo de expedición del artículo 56* de la L.S. basado en esa requisitoria.

Daño: relación de causalidad

En materia de seguros, ningún daño resulta ser casual. Por ello, parte de la tarea del liquidador será solicitar informaciones al asegurado que permitan acreditar una relación de causa-efecto entre el siniestro y el daño sufrido.

Esta labor resulta ser de fundamental importancia a los fines de determinar el encuadre del hecho en la cobertura y la extensión a cargo del asegurador, pues no debe perderse de vista que la causa del daño determinará entre otros, si el evento denunciado se encuentra o no dentro del espectro de la cobertura.

En el caso de un siniestro de robo de contenido en un comercio fuera del horario de atención, determinar la causa del daño permitirá acreditar si el ingreso de los perpetradores se consumó mediante el uso de la fuerza en las cosas (característica de “ROBO” conforme a su codificación penal); si su ingreso obedeció a falencias en las medidas de seguridad (por ejemplo a través de un tragaluz sin protección) o si los malvivientes ingresaron sin ejercer ningún tipo de fuerza (lo que determinaría un HURTO conforme lo define el Código Penal).

En el caso visto, se podrá establecer:

d) Si se trata de un robo con efracción, el hecho estaría amparado.

e) Si falencias en las medidas de seguridad permitieron el ingreso de los delincuentes, se deberá aplicar la reducción de la indemnización, en los porcentajes que prevea el contrato.

f) En caso de establecerse que la causa del daño resulta ser un hurto y este no se encuentra amparado, el asegurador no debe prestación alguna.

Forma de determinación del daño: Métodos

A efectos de determinar el daño, se deberá requerir al asegurado elementos de prueba que permitan establecer y cuantificar el daño sufrido y la documentación que se requerirá al asegurado a efectos de establecerlo, dependerá entre otras circunstancias del tipo de riesgo, de la posición del asegurado ante el IVA y de la propiedad (para el caso de mercaderías) de los elementos sustraídos.

Debemos señalar como de suma importancia, que aquellos asegurados cuya posición ante el IVA sea RESPONSABLE INSCRIPTO y se trate de mercaderías adquiridas o elementos de contenido de su propiedad, siempre y cuando al momento de las adquisiciones se hayan confeccionado facturas tipo A,

es decir generándose a su favor un CREDITO FISCAL, este NO debe ser considerado al momento de determinar el daño, pues al haberse generado un crédito a favor del asegurado reconocérselo en una indemnización representaría sin más, un enriquecimiento ilícito.

Para el caso de un siniestro de transporte de mercaderías, la determinación del daño estará dada por el aporte de parte del asegurado de los siguientes elementos documentales:

Carta de porte.

Facturas (según corresponda, de venta o compra).

Conformación de costos (para mercaderías de fabricación propia).

Reclamos valorizados de terceros afectados (si los hubiese).

Constancia de posición ante el IVA.

Denuncia Policial.

Estos elementos permitirán en primer lugar establecer si la mercadería estaba a bordo del medio transportador, el valor de la misma y si corresponde o no la deducción del crédito fiscal.

Para eventos ocurridos en casas de familia, la documentación que se podrá requerir a efectos de determinar las pérdidas, se hallará constituida principalmente por:

Facturas (en caso de compras muy recientes).

Elementos de preexistencia (manuales de uso, garantías, etc.).

Listado de elementos sustraídos en donde se indique antigüedad.

Constancia de posición ante el IVA.

Denuncia Policial.

Por otra parte, en comercios, la documentación que el asegurado deberá presentar para el establecimiento fehaciente del daño, estará constituida por:

Inventario valorizado certificado por Contador Público Nacional.

Libro IVA compras y ventas (período anterior al siniestro y posterior al siniestro) (*)

Facturas de compra y venta (conforme mismos períodos solicitados en libro IVA compras y ventas) (**)

Habilitación del comercio

Constancia de posición ante el IVA

Denuncia policial.

(*) y (**) En comercios, el daño estará dado por la diferencia de las existencias en el negocio en el momento inmediato anterior al siniestro y las subsistencias en el momento inmediato posterior al evento.

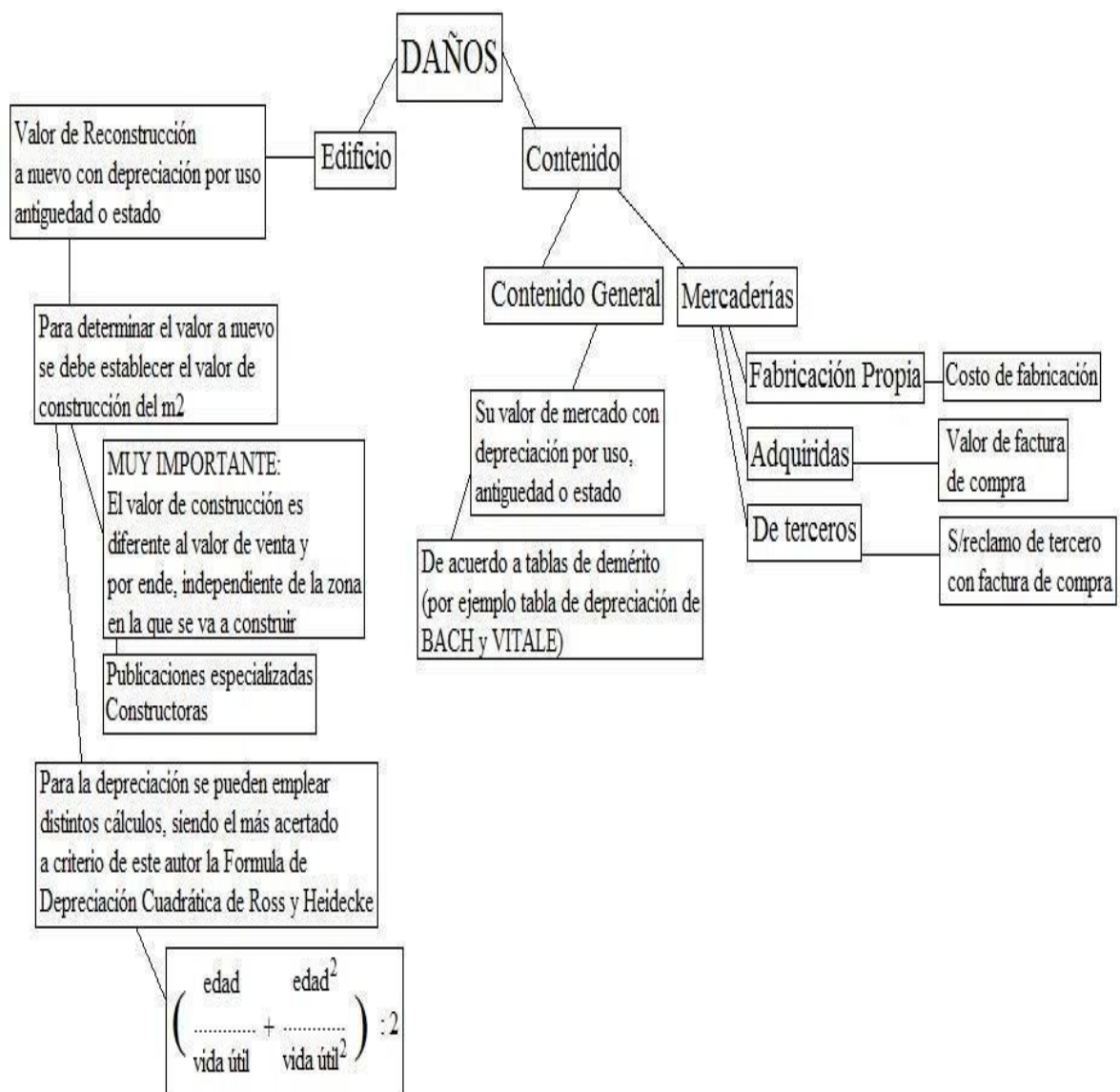
Si en cambio, se trata de un siniestro con afectaciones a edificios (fuese cual fuese el destino), se deberá solicitar a fin de establecer el daño, lo siguiente:

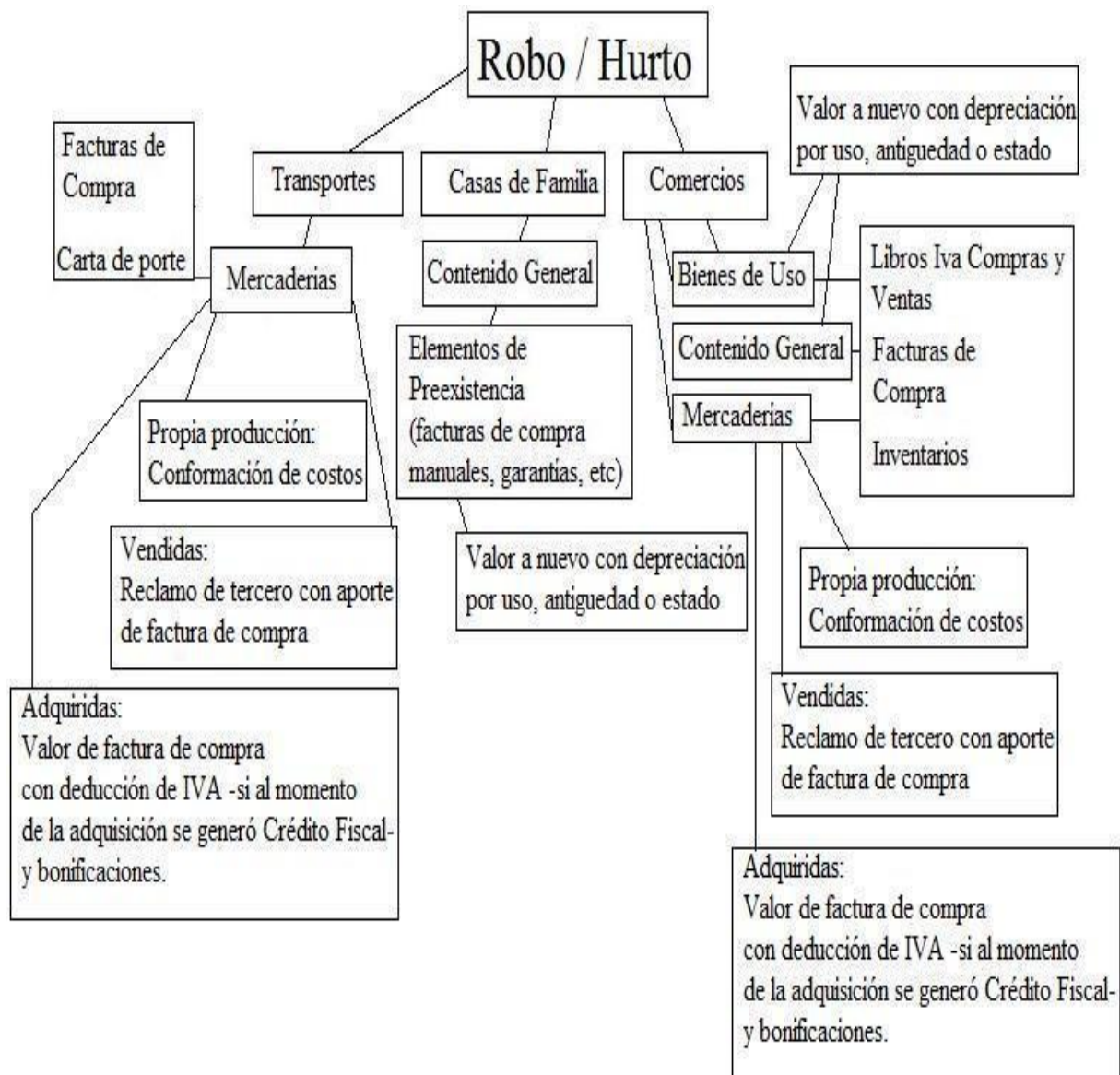
Copia de escritura de propiedad o boleto de compra

Planos de la edificación

Presupuestos valorizados y discriminados en materiales y mano de obra

Seguidamente y para una mejor comprensión, se indican los métodos de comprobación de los daños, según sean éstos a consecuencia de daños o de robo/hurto:





Ajuste del daño

Determinado el daño la función del Liquidador de Siniestros será ajustarlo al contrato de seguros pactado (vale mencionar que en otros países, al Liquidador de Siniestros se lo conoce como “Ajustador de daños”)

Se trata quizá de una de las más delicadas tareas de la profesión, pues un error de cálculo o de interpretación al analizar la prueba instrumental o el contrato –en particular,

medida de prestación pactada-, puede llegar a provocar un perjuicio económico al asegurado o al asegurador.

Por tal motivo es imperioso a la función del Liquidador de Siniestros y Averías conocer a la perfección los procedimientos técnico legales que deberá llevar adelante para efectuar el proceso liquidativo de las pérdidas.

Un Liquidador de Siniestros y Averías debe:

1 – Conocer el funcionamiento estructural del contrato, a fin de saber cómo comprobar la necesaria existencia de relación económica jurídica entre el asegurado y el bien objeto del seguro (interés asegurado).

2 – Estar perfectamente al tanto de todas y cada una de las limitaciones que la póliza le imponen al asegurado sobre determinados bienes (por ejemplo, los bienes con valor limitado en Contenido General Casas de Familia) o eventos (a modo de ejemplo, la limitación que sufrirá la indemnización en seguros de Integral de Comercio para hechos ocurridos desde la vidriera) o por cargas incumplidas (medidas de seguridad, por citar una).

3 – Debe hallarse familiarizado también con las franquicias y su aplicación, como así también de los descubiertos

obligatorios impuestos en el contrato para aplicarlos debidamente, como así también de aquellos porcentajes que de la indemnización quedarán a cargo del asegurado como consecuencia de infraseguro establecidos para las medidas de prestación A Prorrata y A Primer Riesgo Relativo.

Teniendo en cuenta esos elementos, se procederá al ajuste de las pérdidas.

Para ejemplificar lo visto hasta ahora en el manual y cómo desarrollarlo en la práctica, seguidamente se transcriben los procesos de ajuste para daños en edificio (se toma un ejemplo de daños en Integral de Consorcio, no obstante es importante aclarar que se trata del mismo procedimiento para cualquier tipo de construcción) y daños y/o pérdidas en Contenido General en Casas de Familia (dada la complejidad de la aplicación de las limitaciones).

Ajuste del daño en Incendio Edificio

Dentro de esta rama de coberturas, pueden darse dos situaciones a saber:

1 – Se cubren solamente las partes comunes del edificio. Esta circunstancia debe estar expresamente indicada en la póliza.

2 – Se cubren tanto las partes comunes como las partes privadas. Esta situación en cambio, se desprende si el contrato no indica lo expresado en el anterior apartado toda vez que se entiende aplicable la Condición General incluida en la cláusula 10ma del contrato (a los efectos del presente trabajo y para una mejor ilustración, se tomará este supuesto)

A su vez, es menester determinar si el contrato incluye o no, la Cláusula de Reconstrucción y/o reparación a nuevo (comentada en el capítulo de este manual).

Establecidas esas particularidades, podremos comenzar con el ajuste del daño, cuyo proceso es el objeto de este trabajo.

Determinación del Valor a Riesgo:

El proceso de ajuste del daño tiene un primer elemento esencial a determinar, cual es el valor de la construcción a nuevo del edificio afectado, con la deducción de los correspondientes guarismos por su antigüedad.

Este procedimiento es de vital importancia ya que permitirá determinar si el riesgo asegurado se encuentra dentro de los parámetros de la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares o si su valor es inferior o superior a la suma asegurada (casos de sobreseguro o infraseguro)

A tales efectos, se debe establecer el valor de construcción del metro cuadrado en la zona, tarea para la cual se torna necesaria la obtención de información presupuestaria tanto en constructoras como en publicaciones especializadas.

Establecido ese valor, el mismo deberá ser multiplicado por la cantidad de metros cuadrados construidos que posee el edificio afectado por el siniestro, lo que dará por resultado el valor de reconstrucción a nuevo de la edificación.

No obstante, debe tenerse en cuenta que lo que se busca establecer en este primer paso no es el valor de reconstrucción, sino la parte del edificio que se encuentra en riesgo.

Así pues no puede obviarse que en el valor inicial determinado, se han considerado los cimientos y éstos no están en riesgo para la cobertura de incendio. Por lo tanto, debe serle deducido al guarismo inicial un porcentual que resulta igual al 10% bajo ese concepto, porcentaje que corresponde a los cimientos en una construcción de propiedad horizontal.

Realizados ya estos cálculos, obtendremos el valor de reconstrucción a nuevo del edificio sin considerar los cimientos. Pero aún no podemos decir que se ha determinado el valor a riesgo de la cosa asegurada, pues aún debe

establecerse el porcentual de depreciación que por su antigüedad, deberá considerarse.

Resulta necesario entonces establecer la antigüedad del edificio y –mediante un análisis de su factor de estado– determinar su vida expectante futura ó vida útil. 222

Para esta última determinación, no se tendrá en cuenta el lugar en donde se emplaza el edificio, sino el estado general de su estructura y la periodicidad con la que se le realizan los mantenimientos, permitiéndose de esa manera establecer más allá de la vida útil original de una construcción (generalmente entre 80 y 100 años), una vida expectante superior.

Así pues y a modo de ejemplo, podemos citar al edificio del palacio del Congresos y a la construcción de la Confitería del Molino. Ambos edificios se encuentran ubicados en el mismo barrio y separados por una avenida, más surge claramente que al primero de ellos se le asignará una vida expectante futura muy superior al segundo, no obstante tratarse de edificaciones de una antigüedad similar.

Recién con estos dos datos (la edad y su vida útil ó expectante futura), podemos comenzar el siguiente paso: La determinación del porcentaje de depreciación que será considerado.

Si bien existen varias fórmulas y tablas específicas sobre depreciación de edificios -entre ellas las tablas de depreciación de BACH y VITALE - el método más apropiado resulta ser el *cálculo de depreciación cuadrático de ROSS y HEIDEKE*, pues es con el cual obtendremos un resultado mucho más justo tanto para el asegurado como para el asegurador y en donde el demérito de un edificio se calcula mediante una operación matemática sumamente sencilla:

$$\left(\frac{\text{Edad}}{\text{Vida Util}} + \frac{\text{Edad}^2}{\text{Vida Util}^2} \right) : 2 =$$

La resultante de este cálculo dará el porcentaje que se le aplicará como demérito al valor de construcción del edificio, neto de cimientos y que nos dará finalmente el valor a riesgo del bien asegurado.

Para una mejor comprensión del caso, consideremos el siguiente caso:

Antigüedad del edificio: 30 años

Vida expectante futura: 50 años

Metros totales construidos: 1.000 m²

Valor de reconstrucción a nuevo por m²: \$ 1.500,00;

Entonces:

Primer paso (determinación del valor a nuevo neto de cimientos):

$$1.000\text{m} \times \$ 1.500,00 = \$ 1.500.000,00$$

$$\begin{aligned} & \$ 1.500.000,00 - \$ 150.000,00 \text{ (10\% cimientos)} = \\ & = \$ 1.350.000,00 \end{aligned}$$

Segundo paso (determinación de porcentaje de depreciación)

$$\left(\frac{30}{50} + \frac{900}{2.500} \right) : 2 =$$

$$(0,6 + 0,36) : 2 =$$

$$0,96 : 2 = 0,48$$

El porcentual de demérito a aplicar en este caso es entonces 48%

Tercer paso (determinación del valor a riesgo)

$$\$ 1.350.000,00 - \$ 648.000,00 (48\% \text{ demérito}) = \$ 702.000,00$$

Como se observa, se había establecido un valor de reconstrucción a nuevo de \$ 1.350.000,00, no obstante lo cual, el valor a riesgo quedó determinado en la suma de \$ 702.000,00

Determinado ese valor se podrá establecer realmente si el valor de la suma asegurada es superior o inferior al valor a riesgo, tema que será desarrollado en el siguiente título.

Es relevante también destacar, que ese mismo porcentaje se aplicará al daño (pues el objeto del seguro es llevar las cosas al estado inmediato anterior al siniestro) cuando se establezca la liquidación final.

Sobreseguro/Infraseguro

Sin el procedimiento anterior, no es posible determinar si en el caso se dan situaciones de infraseguro (cuando el valor a riesgo supera la suma asegurada) o sobreseguro.(para el caso en el que el valor a riesgo sea inferior a la suma asegurada).

Siempre con el fin de propender a una mejor claridad del tema analizado, se considerará el ejemplo asentado anteriormente, en el cual se estableció un valor a riesgo de \$ 702.000,00

Ante una suma asegurada de \$ 1.000.000,00 se observa que este importe resulta superior al valor a riesgo y por lo tanto, las partes comunes se encuentran cubiertas en su totalidad y la situación no merece mayores comentarios.

Por otra parte, si ese mismo edificio posee una suma asegurada de \$ 500.000,00, antes de dar paso al proceso liquidativo final, debe determinarse cuál es porcentaje de infraseguro.

Este porcentaje de infraseguro (conocido también como seguro propio, por quedar a cargo del asegurado) se deducirá de cada una de las indemnizaciones.

Así pues, quedará a cargo del asegurador en este supuesto un 71% del daño, en tanto que el asegurado deberá asumir el 29% restante.

Final del ajuste

Para el cierre del ajuste, se deberán tener finalizados todos los pasos anteriormente detallados, es decir: Valor de Reconstrucción y Valor a Riesgo depreciado establecidos; monto del daño discriminado determinado y porcentual de demérito a aplicar sobre ese daño (mismo guarismo empleado para la depreciación del edificio).

Como ejemplo, vamos a considerar en primer lugar un caso en donde el valor a riesgo resulta inferior a la suma asegurada:

Valor de Reconstrucción a Nuevo: \$ 1.350.000,00

Valor a Riesgo Depreciado: \$ 702.000,00

Monto del daño total (partes comunes): \$ 30.000,00

(Materiales: \$ 15.500,00 - Mano de obra: \$ 14.500,00)

Monto del daño total (partes exclusivas): \$ 12.000,00

(Materiales: \$ 7.000,00 Mano de obra: \$ 5.000,00)

Porcentual de demérito a aplicar: 48%

Recordemos aquí que por aplicación de los principios de la Cláusula 10 de las Condiciones Generales de Incendio, el máximo a indemnizar por partes comunes será de \$ 891.000,00 (66% de la suma asegurada), en tanto que para partes exclusivas ese valor será de \$ 459.000,00 (34% de la suma asegurada).

Para las partes comunes, sobre los \$ 15.500,00 se aplicará la depreciación del 48%, resultando así un subtotal de \$ 8.060,00. A este valor se le sumarán los 14.500,00 de mano de obra (sobre los que como se dijo NO se aplica depreciación), arrojando un indemnizable por el rubro Incendio Edificio Partes Comunes de \$ 22.560,00.

Para las partes privadas se estará al mismo caso que en el paso anterior (el resultado será para el caso del ejemplo \$ 8.640,00) pero en este caso deberá estimarse el porcentaje que le corresponde dentro del consorcio de acuerdo al Reglamento de Copropiedad para determinar el máximo que se le abonará al consorcista

Si en el Reglamento de Copropiedad, la unidad afectada representa el 1.3% del total, el máximo a indemnizar por esa unidad será entonces de \$ 17.550,00, valor que en el caso del ejemplo, excede del daño ajustado.

Veamos en segundo término el cierre del ajuste considerando una situación en la cual la suma asegurada resulte inferior al valor a riesgo. El procedimiento de ajuste final será idéntico en sus pasos iniciales al anterior, con la salvedad que al indemnizable ajustado se le aplicará el porcentaje de descubierto.

Si de los cálculos surge una situación de infraseguro del 25%, los montos propiciados (se consideran los indemnizables anteriores) resultarán:

Partes comunes

Indemnizable ajustado: \$ 22.560,00

A cargo del asegurador (75%): \$ 16.920,00

A cargo del asegurado por infraseguro: (25%) \$ 5.640,00 229

Partes privadas

Indemnizable ajustado: \$ 8.640,00

A cargo del asegurador (75%): \$ 6.480,00

A cargo del asegurado por infraseguro: (25%) \$ 2.160,00

Finalmente, debemos considerar el último supuesto que es la aplicación o no de la cláusula de reconstrucción y/o reparación y/o reposición, mediante la cual los ajustes darán:

Para partes comunes: \$ 30.000,00

Para partes privadas: \$ 12.000,00

No obstante, se deberá indicar en el informe de liquidación que se realice por este caso, que efectuado el cálculo de depreciación la suma indemnizable resulta menor y por ende, corresponde sí efectuar el indemnizable a valor de reconstrucción y/o reparación y/o reposición (el caso opuesto ya fue desarrollado en el título correspondiente).

Ajuste del daño en Contenido General en Casas de Familia

Otra cobertura cuyo procedimiento de ajuste presenta particularidades y cuyo funcionamiento debe manejarse perfectamente, es la correspondiente a robos o daños al contenido general para viviendas particulares, fundamentalmente por la aplicación de las limitaciones.

Por Condición General de póliza (lo que implica que habiendo acuerdo en contrario, esta cláusula puede quedar sin efecto), los bienes que forman parte del contenido general de una vivienda se encuentran divididos en bienes con valor limitado y bienes sin limitación.

Esta limitación se impone para determinados bienes los cuales, por sus características pueden traer complicaciones al momento del ajuste o cuyo valor generalmente resulta ser elevado y son de muy fácil sustracción (como por ejemplo, pulseras, dijes y cadenas de oro; dentro del contrato de seguros se encuentran especificados los bienes sobre los cuales corresponde la limitación).

Para su ajuste, debe tenerse en cuenta que estos bienes tendrán un máximo asegurado por unidad que será igual al 20% de la suma asegurada sin que en conjunto puedan superar el 50% de la misma suma.

Por tal motivo y dado que en su conjunto los bienes con valor limitado pueden consumir la mitad de la suma asegurada, estos objetos serán los primeros en ser ajustados y por lo tanto, para practicar el ajuste de manera correcta se deberá:

1 – Identificar los bienes con valor limitado de los bienes sin limitación

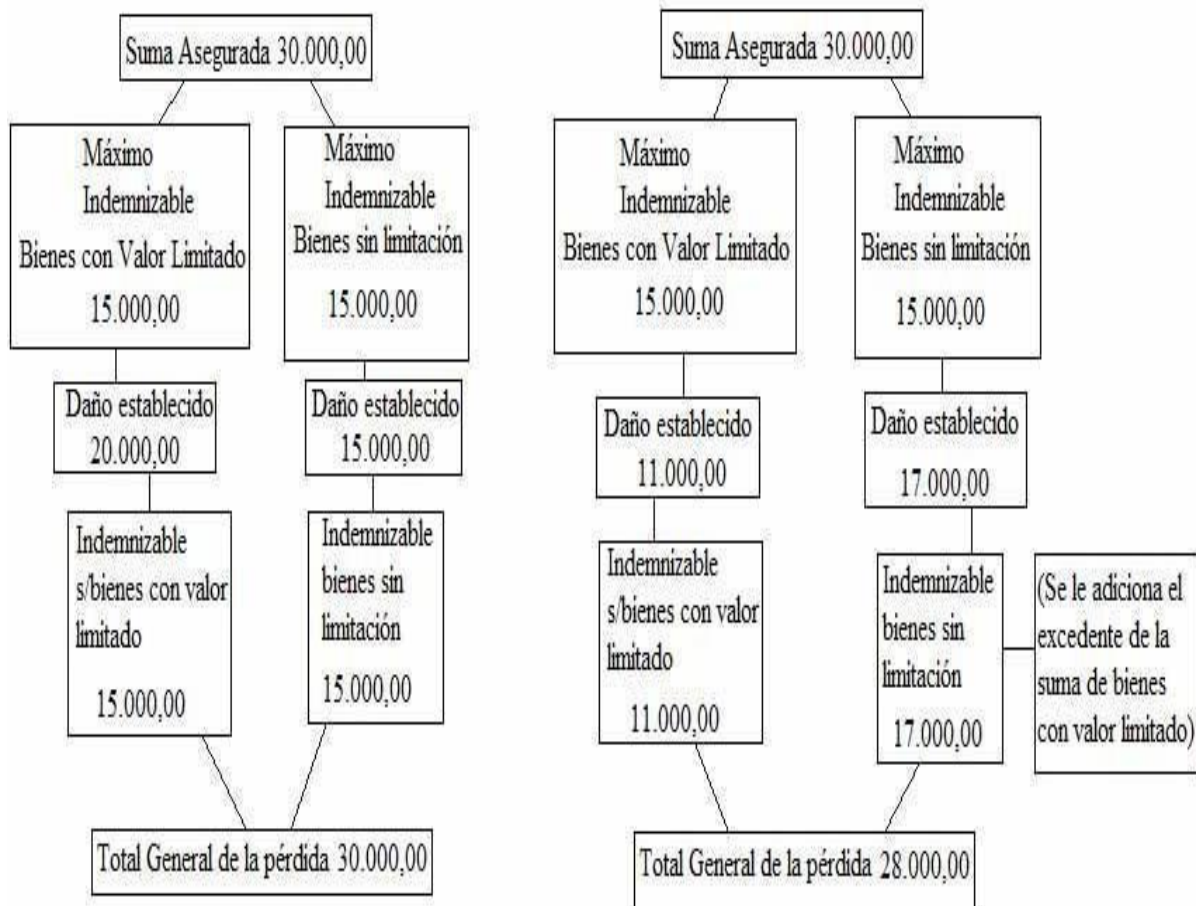
2 – Aplicar a cada uno de estos dos ítems, el 50% de la suma asegurada

3 – Establecer el daño de los bienes con valor limitado. Si el mismo es igual o superior al máximo indemnizable en conjunto, los bienes sin limitación podrán ser indemnizados hasta el 50% de la suma asegurada.

4 – Si en cambio los bienes con valor limitado no alcanzan el 50% de la suma asegurada, el excedente de aquellos pasará a integrar la suma asegurada por bienes sin limitación, por lo que el máximo indemnizable por este rubro será del 50% de la suma asegurada más el excedente de los bienes con valor limitado.

5 – Establecidos los dos máximos indemnizables por ambos procedimientos, el ajuste final será la resultante de la suma de éstos. 232

Para una mejor claridad, veamos los siguientes esquemas



Ajuste del daño en Integral de comercio (mercaderías)

Para el rubro de mercaderías en los seguros de Integral de Comercio, estimado el daño, el ajuste tendrá las variantes que correspondan de acuerdo al tipo de hecho y a la medida de prestación pactada.

Así podremos encontrarnos con tres casos típicos a saber:

1 – Daños o pérdidas sobre mercaderías amparadas a Primer Riesgo Absoluto. En este caso, el asegurador indemnizará hasta el máximo de la suma asegurada teniendo en cuenta el tipo de mercadería sustraída y la posición IVA del asegurado.

2 – Si se trata de un hecho de robo perpetrado desde la vidriera sin ingreso al local, el monto indemnizable será del 10% de la suma asegurada por el rubro.

3 – Daños o pérdidas de mercaderías amparadas a Primer Riesgo Relativo. En esta segunda posibilidad, determinado el daño y antes de proceder al ajuste, sí o sí debe establecerse las existencias de stock en valores a fin de confirmar que la relación asegurada se mantenga. Esta determinación surgirá del análisis de la documentación que el asegurado (fundamentalmente facturas e compra y venta y/o copia de libro IVA compras y ventas y/o inventario valorizado correspondientes a período inmediato anterior al siniestro) de la cual surgirán las existencias en el comercio al día del siniestro.

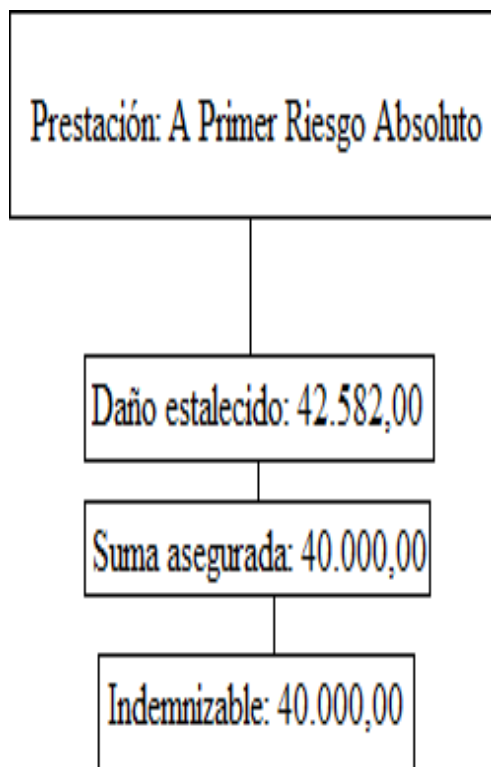
Si las existencias resultan ser igual o inferior al máximo declarado en la relación asegurada (recordemos que en la medida de prestación a Primer Riesgo Relativo, se ampara una

parte proporcional del total y es sobre esa parte que se asegura

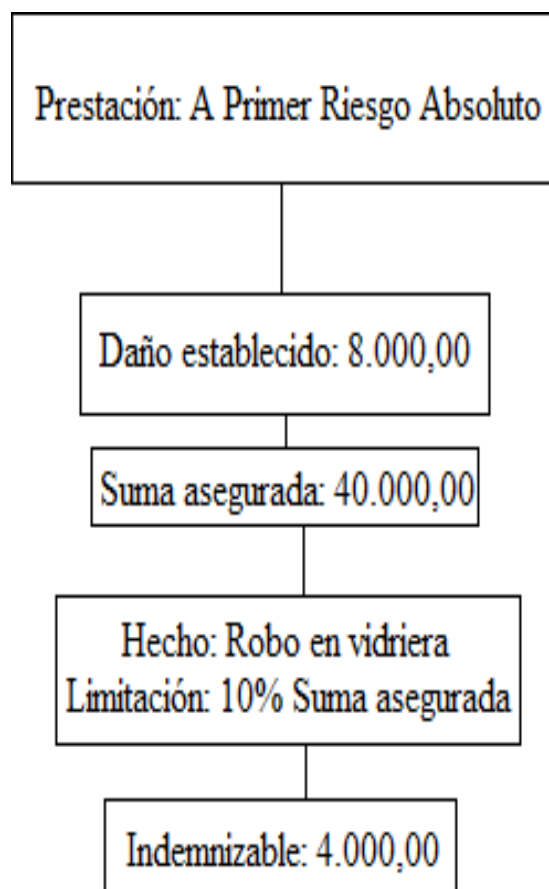
sobre la que se estima el valor de la prima) la indemnización será hasta el límite de la suma asegurada, en cambio, si el valor de existencias supera el valor máximo de la relación declarada, se aplicará el cálculo de prorrata a fin de establecer la diferencia en la relación asegurada y aplicar a partir de ahí el descubierto que pudiese surgir.

Para una mejor comprensión analicemos los siguientes esquemas:

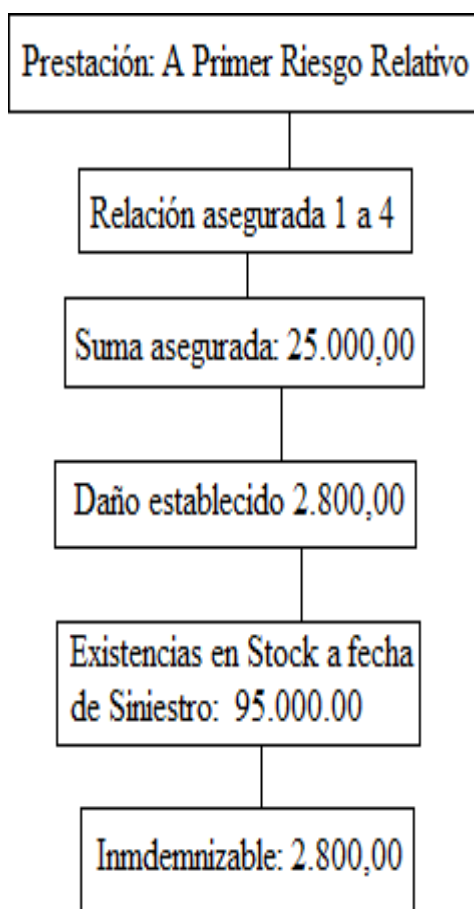
Caso 1



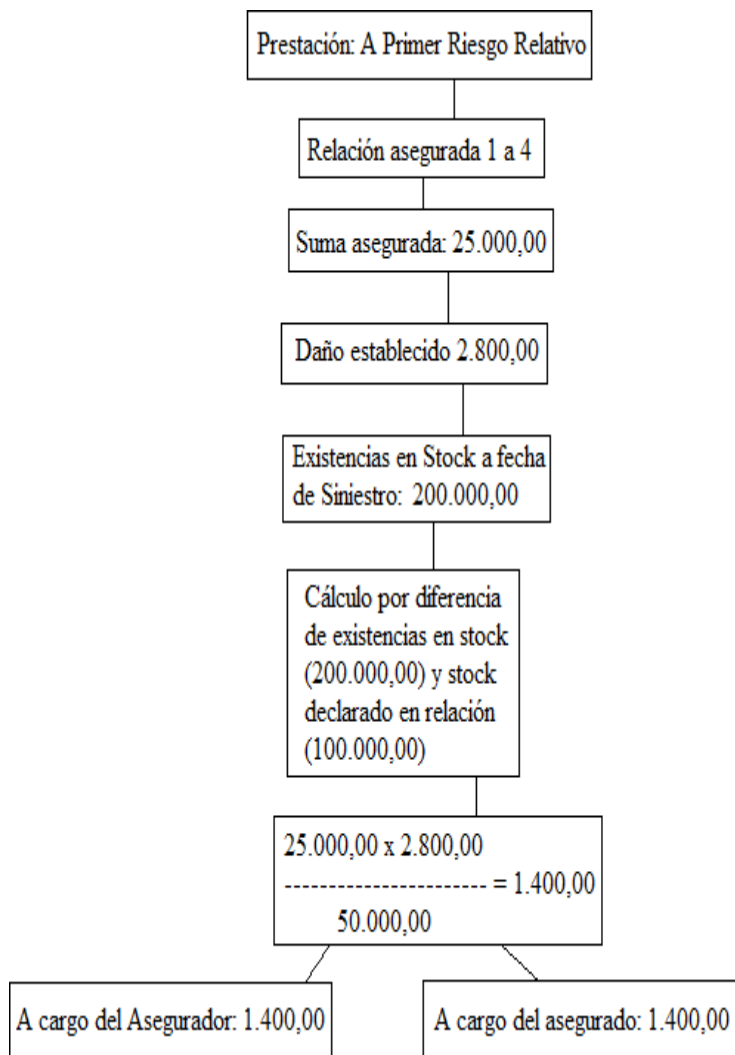
Caso 2



Caso 3



Caso 4



Es importante tener en cuenta que en los ejemplos vistos se han demostrado los procedimientos de ajuste del daño para las medidas de prestación A Prorrata, A Primer Riesgo Absoluto y A Primer Riesgo relativo, cada una con sus particularidades y procedimientos para determinar el valor a riesgo.

Al momento de efectuar al ajuste, si el Liquidador de Siniestros y Averías conoce y sabe manejar los cálculos que le corresponde a cada una de las prestaciones, podrá llevarlas adelante sin mayores inconvenientes.

Informe de liquidación

El informe de liquidación contendrá toda la tarea desarrollada durante la intervención, debiendo volcarse en el mismo de manera concisa tanto la investigación de las causas del siniestro, la determinación de las pérdidas y el ajuste del daño.

Asimismo, debe contener también todas aquellas circunstancias de carácter técnico contractuales que pudiesen colocar al asegurador en posición de desestimar el siniestro, aunque las mismas sean o no compartidas por la aseguradora designante (debemos recordar que el informe de liquidación no es compromisorio para el asegurador y constituye simplemente un elemento de evaluación)

Es importante que el vocabulario del informe sea claro y a la vez, altamente técnico, recordando que el mismo en sí constituye la relación de una actividad pericial y no parapolicial, por lo que se recomienda evitar vocablos tales como “NN” “Cacos” u otra terminología ajena a la actividad del Liquidador de Siniestros.

Lo ideal, para que quien reciba el informe pueda tener una mejor lectura, que en líneas generales se emplee un vocabulario coloquial (no grosero) y se limiten las definiciones de orden técnico a lo estrictamente necesario.

CAPITULO VI
TEST DE AUTOEVALUACIÓN

Si usted ha llegado hasta aquí, la mejor forma de conocer si ha podido incorporar lo leído en forma práctica, es resolviendo el siguiente test.

Habrá usted incorporado en forma adecuada las diferentes informaciones y tecnicismos de este breve curso si responde en forma correcta al menos 12 de las 15 preguntas que componen este testeo.

A qué se denomina elementos “Específicos” del Contrato y cuáles son esos elementos en el Contrato de Seguros?

.....
.....

Definir RIESGO

.....
.....
.....

Por qué es importante la declaración del real estado del riesgo al momento de solicitar un seguro?

.....
.....
.....

Qué es el ÁLEA y cómo está relacionada con los elementos RIESGO y PRIMA?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Explicar y diferenciar OBLIGACIONES y CARGAS

.....
.....
.....
.....

.....
.....
Cuándo se dice que hay Contrato de Seguros?

.....
.....
.....
Cuál es la diferencia entre las figuras de RETICENCIA y AGRAVACION DEL RIESGO?

.....
.....
.....
A qué se denomina “Riesgo Cubierto”?

.....
.....
.....
Qué es una cobertura “Adicional”?

.....
.....
.....
A qué se denomina “Medida de Prestación” y cuáles son?

.....
.....

Definir Valor a nuevo, Valor Tasado y Valor de
Reconstrucción.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cuál es la diferencia entre Franquicia y
Descubierto Obligatorio?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

En qué casos, cuando no se haya estipulado en el contrato,
corresponde aplicar descubierto a cargo del propio asegurado?

.....
.....
.....

Cómo se calcula el daño cuando la medida de prestación es A
Primer Riesgo Relativo?

.....
.....
.....

Definir Dolo y Culpa Grave?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....