



XV JORNADAS DE DERECHO DE SEGUROS

12 y 13 de mayo de 2016

SEGUROS DE VIDA

Expone: Consuelo Lacassy

Modera: Dr. Ariel Apotheloz

Ariel Apotheloz

Buenos días, un placer que estén acá en el segundo módulo de estas jornadas, para mí es un placer presentar a Consuelo, Actuaría del Banco de Seguros, excelente compañera, ella además de ser un referente en materia de vida, es una persona de primera, con un conocimiento en la materia y con su don de gente, así que es un placer recibirla y escucharla en algo que no va a ser jurídico, como nos pasa a nosotros los de la Comisión directiva que somos aburridos y abogados, así que bienvenida Consuelo y adelante.

Consuelo Lacassy

Bueno, buenos días, después de la presentación lo que tengo que hacer es irme, se quedan con esa imagen y no la que viene ahora. Por otro lado a mí me gusta hablar parada y con el micrófono, pero tal vez me ponga a cantar, así que me voy a quedar acá sentada. Además tengo un ayuda memoria, es mi primera vez sentada de este lado, agradezco la invitación, agradezco al Banco que me haya confiado el espacio para que pueda conversar con ustedes, a todos los que han venido, a la doctora Gabriela Martínez que es mi asesora en el tema y me ilustró y a la Ingeniera Patricia O'Neill que propuso mi candidatura y tendrá que pagar por ello en algún momento. Por otra parte quería decirles que no soy abogada, así que mis disculpas a los profesionales presentes, si cometo algún error, la idea era basarme en algún aspecto legal, básicamente el artículo 640 de la reticencia y la subrogación o sea la práctica que nosotros podemos hacer a partir de ese artículo.

Trataré de ser breve, en realidad me gusta hablar. La exposición se referirá a la mirada del suscriptor en los seguros de vida, es lo primero que vamos a ver, vamos a mencionar el artículo 640, a pesar de que todos lo conocen, y en particular el concepto de reticencia, el alcance del

deber de informar por parte del asegurado y su incumplimiento, precisamente cuando constatamos una omisión o falsedad y, particularmente, cuando se constata esa omisión. Y especialmente nos vamos a concentrar en si debe existir un nexo entre la omisión o falsedad, en la que incurrió el asegurado y la causa del siniestro.

Vamos a ver qué es el aspecto en que nosotros más frecuentemente constatamos esa irregularidad. Después algún comentario final.

En relación con la mirada del suscriptor, lo que nosotros queremos plantear es que en el desarrollo del negocio del seguro de vida, hay distintos momentos en la vida de una póliza, especialmente antes del inicio del contrato, donde el suscriptor y la técnica del seguro se ponen a su disposición. La compañía de seguros lo que hace es establecer algunas pautas, que lo que pretenden es homogeneizar los riesgos de forma tal, que después nosotros seamos capaces de encasillarlos en los grupos de riesgo y asegurar al conjunto de los asegurados, la sustentabilidad del negocio. En la medida en que podamos clasificar los riesgos, seleccionarlos y luego aplicar las pautas que correspondan en relación a la tarifa, por ejemplo, o que la compañía sea capaz de decidir qué riesgos quiera aceptar o no, en función a esas pautas, es que el negocio será sustentable.

Lo que le damos al suscriptor son herramientas para que pueda decidir en base a ellas, qué negocios está dispuesto a tomar y en qué condiciones. Básicamente en los contratos de seguros de vida y en general, la herramienta del suscriptor no es objetiva. La mayoría de los contratos de seguros de vida se basan en la declaración jurada de salud. La declaración jurada de salud es un cuestionario que se le presenta al candidato y que de sus respuestas saldrá la decisión del suscriptor. Él en base a esas herramientas, que se le dieron de ante mano, va a decidir cuál es la conclusión sobre en qué términos se puede hacer ese negocio. Ahora bien, siempre estamos partiendo de que las respuestas fueron dadas de buena fe, fueron dadas en forma correcta y completa y en base a eso se saca la conclusión. Podríamos decir que el suscriptor es como la herramienta del lavado de datos. Porque serán o no ciertos, pero salen en la emisión de una póliza y es como si hubiéramos lavado esos datos, quedaron plasmados en las condiciones de derechos y obligaciones que van a tener las partes. Si eran ciertos, todo bien y si no, es donde vamos a cuestionar el desarrollo de esa póliza y qué herramientas tiene la compañía y cuáles tienen el suscriptor y la aseguradora para subsanar ese error. Esa es una gran pregunta que se hace el suscriptor, dice bueno, yo me basé en esos datos, confié en que eran ciertos y por eso mi conclusión, pero ¿qué pasa si no fue así? Si esos datos no son ciertos o no están completos o son inexactos, ahí es donde le proponemos mirar a través de este artículo, qué respaldo da a un negocio que se concretó, a partir de esa suscripción.

Como dice el artículo, **toda falsa declaración o reticencia de circunstancias de falsa declaración del asegurado, aun hechas de buena fe.** Estamos pensando que el asegurado actuó de buena fe, otro capítulo aparte sería si no lo hizo, pero vamos a seguir en la línea de que sí actuó de buena fe. **Que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus**

condiciones, si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado de las cosas, hace nulo el seguro. Esa es una herramienta, si conseguimos probar si verdaderamente están dadas las condiciones para la aplicación de este artículo. Lo primero es ver a qué llamamos reticencia. La reticencia más que definirla desde el punto de vista de la Real Academia, vamos a verla desde el punto de vista del seguro, implica una conducta. Cuando decimos que fue reticente o actuó con reticencia, estamos diciendo que había cosas que podía haber dicho y no lo hizo. No lo dijo y nosotros somos en parte responsables de que eso no haya ocurrido, porque a veces el vicio está en nuestros propios formularios, en nuestra forma de preguntar, más que en lo que el asegurado, desde su lugar, actuó de buena fe y dijo lo que entendió necesario decir. Entonces esa actitud o conducta de reticencia, es a lo que apuntamos cuando decimos toda reticencia de circunstancias, es lo que debió decir, que se le dieron las condiciones para que lo hiciera y no lo hizo, o de todos modos, lo expresó de una forma que oculta la realidad. Entonces el asegurador se enfrenta a que lo que está evaluando no es una situación real. Es una representación de la realidad que no era la adecuada.

Quedamos entonces que en seguros, ser reticente significa no haber puesto sobre la mesa todos los elementos necesarios para que el asegurador tuviera real conciencia de todo el riesgo que iba a asumir.

Aquí está lo medular de este asunto, porque el artículo del Código, lo que está diciendo es aquellos elementos que hubieran modificado o impedido el riesgo, deben ser informados al asegurador, para que las conclusiones que saque sean las más cercanas a la realidad. Eso es lo que nosotros podemos exigir si queremos aplicar este artículo. Más adelante vamos a ver algunas condiciones que sería bueno que las aseguradoras tuviéramos en cuenta al momento de suscribir y, fundamentalmente, al momento de querer aplicar este artículo, porque a veces no están dadas las condiciones, pero en ese afán, porque nos sentimos defraudados en nuestra buena fe, porque no nos han dicho todo lo que necesitábamos saber, lo primero que surge es falsa declaración, reticencia, apliquemos el artículo y se terminó este negocio, porque nos sentimos molestos con la situación. Pero a veces no están dadas las condiciones y a pesar de existir una falsa declaración, no configura la reticencia exigida por el artículo. Eso es lo que debemos llegar al fondo antes de embarcarnos en un litigio.

Acá viene lo primero en el momento de la suscripción. Cuál es el deber de informar del asegurado que supuestamente está involucrado en el texto de ese artículo. El asegurado tiene el deber de informar condiciones que conozca, condiciones que sepa o debería saber. He tenido que estudiar mucho para venir acá hoy y entre las cosas que leía, me sorprendía ese matiz, de decir conocidas o que debiera conocer. Yo interpreté, ustedes me corregirán, me imaginé a uno de mis hijos llenando unas condiciones de salud, evidentemente hay datos que ellos no los conocen; pero entiendo que los deben conocer, son sus antecedentes, estamos hablando de condiciones de salud, me saltee una página en esta conversación. Cuando hablamos de condiciones de salud lo aplicaba a este concepto, hay cosas que tienen que saberlas, no pueden decir mi mamá no me las dijo, o no el recuerdo, no es una justificación. Las deberían saber porque forman parte de sus

antecedentes médicos, eso es lo que yo pienso que se debería conocer. Aunque manifieste no conocerlas. Cuando decimos conocidas, nos referimos a que si yo en este momento estoy transitando (no se asusten porque puedo enfermarme en las charlas, mutilarme para ser más explícita), si en este momento estoy transitando una patología oncológica, no lo sé, y podría decir que no son conocidas y no son conocidas. No porque no lo tenga, sino porque no voy al médico y no me entero. Eso sería una circunstancia no conocida. Algo que me esté pasando y no tengo forma de responder sí, diría no, y lo diría de buena fe. Cuando vayan a mis registros médicos no van a encontrar nada que contraste esa omisión. Esas son las cosas conocidas o no conocidas. Las que debería saber son cosas registradas en mi historia clínica, puedo no saberlas por ciertas circunstancias.

El otro deber del asegurado sería la exactitud con que informe. Él tiene el deber de informar claro y exacto y no intentar cambiar la realidad. Nosotros sabemos que en ese momento el candidato a ser asegurado, puede verse tentado a usar algunas estrategias en relación a algunos datos que sabe es mejor no decir. La práctica nos enseña que hay algunos datos que no se dicen, son como una mentira piadosa. Yo me saco algunos quilos y difícilmente lo podrán comprobar después, pero eso podría haber sido un obstáculo para la concreción de la póliza. Estas circunstancias se dan fundamentalmente en aquellos seguros que no son voluntarios, nosotros sabemos que la práctica común hoy en el mercado, es respaldar las operaciones de crédito con un seguro, la gente que tiene que contratar ese seguro está obligada, no es su voluntad hacerlo, está obligada y por lo tanto no le importa el seguro. Está dispuesto a asumir algunas conductas que no las asume como ilícitas, sino que su fin es comprar una vivienda, conseguir un préstamo, va por otro lugar y el seguro no debería ser un obstáculo, no lo contrató porque necesitaba un seguro de vida, entonces hay algunas prácticas que observamos que sabemos están sobre la mesa y más en los seguros que no son voluntarios. En los voluntarios también. En los voluntarios esos factores pueden hacer que la compañía requiera otras pruebas, que le cobre un recargo, y eso también incomoda. Entonces hay pequeños detalles que pienso si no digo esto no estoy cambiando demasiado el negocio, no le veo tampoco su perjuicio. Aun en los voluntarios hay determinados aspectos en la suscripción que son de público conocimiento y si nosotros modificamos un poco la realidad, no sentimos que mentimos, sentimos que estamos haciendo más fácil el camino para acceder a la póliza. Entonces en principio no vemos problemas, hasta lo podemos visualizar desde el punto de vista del asegurado como un buen negocio. Pagar menos por lo mismo que otro va a pagar más por haber dicho, su verdadero peso, por ejemplo. Pero no se percibe como una reticencia o falsa declaración. Digamos que en el imaginario colectivo tenemos permiso, sobre todo las mujeres, a sacarnos algunos quilos. Y si no pasa nada, lo tengo lejano en el tiempo no va a pasar nada, entonces juego en el filo de la mentira y la verdad, hasta que un día voy al médico y escribe: se constata que tiene peso, fumó, antecedentes familiares... y me quemó, pero mientras eso no ocurra, nosotros tenemos que jugar con eso (nosotros asegurados) nosotros aseguradores queremos que el asegurado nos informe las condiciones conocidas, las que debería conocer, que lo haga con exactitud y sobre todo de aquellas condiciones que me afecten la evaluación del riesgo. Entonces estamos en problemas, yo no debería exigirle al asegurado qué

circunstancias me importan a mí, asegurador. Más adelante veremos que eso es uno de los focos que el asegurador debe hacer: preguntar realmente lo que le interesa.

Preguntarlo de la forma más clara posible para que, en aquellas circunstancias que eran importantes para la evaluación del riesgo, el asegurado fue preguntado correctamente y tengo la información adecuada.

Hora como veníamos diciendo ese es el mundo ideal, en el que el asegurado informa lo que quiero aunque vaya contra sus propios intereses. No es lo que pasa, entonces nos encontramos con que el mundo ideal que imaginamos y por el cual habíamos cobrado una prima más barata, no existe y habría dos momentos principales donde podemos constatar esa irregularidad: durante la vigencia de la póliza, momento por alguna modificación que tenemos que hacerle al contrato, tenemos la posibilidad de acceder a nueva información y descubrimos algo. Yo diría que en la mayoría de los casos, por razones comerciales vamos a subsanar esa inexactitud, vamos a pensar que fue hecho de buena fe, que no se dio cuenta, y justificar la omisión y solucionar el aspecto del contrato que estuviera viciado con ese error. Si era un tema de costos, lo trataremos de negociar, y si era más profundo, veremos la forma de negociar con nuestro asegurado y nuestro potencial cliente para otras cosas. Lamentablemente tampoco es ese el momento en que se descubre la inexactitud. El momento ideal para descubrirla es cuando ya ocurrió un siniestro. Entonces las soluciones que tenemos se acotan bastante. Acá entrarían otros aspectos que no voy a tratar hoy, que tienen que ver con la indisputabilidad del contrato, porque el momento en que eso está ocurriendo, no es lo mismo que ocurra al año de la suscripción que cinco años después. La indisputabilidad es un tema que propongo lo dejemos para otras jornadas que me inviten para disertar y con gusto, trataré este tema. Hoy haré de cuenta que estamos en el período en que el contrato es disputable, y por eso estamos haciendo estas consideraciones. Lo real es que la inexactitud la estoy descubriendo al momento del siniestro. Acá es donde entra la pregunta que queríamos hacer y es el centro de esta charla. La tendencia y la ansiedad y la frustración del ejecutivo de reclamaciones, cuando siente que lo engañaron y que a la aseguradora la quisieron engañar de alguna forma, es inmediatamente la reacción de no pagar el siniestro. No le quiero pagar porque me engañó, en realidad no es lo que el artículo 640 me permite hacer. El ejecutivo trata de encontrar en el siniestro la causa para no pagar porque lo engañó, nosotros no tenemos que buscar en el siniestro, sino que tenemos que buscar en la suscripción porque eso es lo que el artículo me permite. Ir y decir yo encontré una inexactitud, que no importa si tiene que ver con el siniestro, sino con aquel momento en que pusimos sobre la mesa derechos y obligaciones de las partes y decidimos celebrar el contrato, porque si esa inexactitud u omisión o falsedad hubiera modificado las condiciones del contrato, o lo hubiera impedido, es lo que le puedo decir a un juez si vamos a juicio. Le voy a poder argumentar, le estoy aplicando el artículo 640 del Código de Comercio, no porque ahora tiene un siniestro, o por la causa del siniestro, lo aplico porque al momento del contrato tenía información que no me proporcionó y que hubiera impedido hacer el contrato en estas condiciones y términos. La póliza podría no haber existido, en ese momento si hubiera conocido las circunstancias. Nosotros hoy nos planteábamos si era necesaria la

existencia de un nexo entre la omisión y la circunstancia que motiva el siniestro, para que se configure la reticencia. En realidad no, yo digo no basándome, por suerte tenemos presente a muchos doctores que saben mucho más que yo.

Entonces lo que traigo ahora son las distintas posturas que encontramos, que nos parece que lo que hacen, más allá de los matices, es afirmar que no existe el nexo. Después vamos a ver sobre todo los que no somos doctores, tenemos siempre la percepción que todo se puede leer de una manera, y ese juicio que estábamos haciendo lo perdemos porque existe otra visión de lo mismo, dos lecturas que se pueden hacer.

De hecho vamos a ver dos sentencias adversas y les voy a comentar mi opinión de ellas. Vamos a leer algunos comentarios que han hecho autores nacionales e internacionales sobre la misma pregunta. Vivante decía que no importa en lo más mínimo que la circunstancia silenciada hubiera influido en la producción del siniestro. Acá los compañeros actuarios que están en sala, sabrán que la ley de los grandes números siempre termina apareciendo, y lo que en definitiva está diciendo, es que la ley de los grandes números que se consideran en la mente del asegurador, como una circunstancia agravante del riesgo, no se destruye en forma alguna por una contraria posterior al contrato. Eso significa que si había una condición que se omitió y hubiera sido agravante al principio, haya pasado lo que haya pasado en el transcurso de la póliza, sigue siendo un agravante al principio. Que no haya tenido siniestros, eso no interesa, siempre tengo que ir al punto de partida en el que fijé las pautas para suscribir el negocio. Si las pautas eran un agravante, hoy que me entero, sigue siendo agravante para suscribir el negocio. O por lo menos en las condiciones en que se hizo. Entonces el foco está puesto en eso, en demostrar que esa condición que no supe, hubiera modificado el negocio, ahí está el foco, entonces estamos contribuyendo para que lo haga el juez, si lo dejamos sin explicación, estamos abriendo una gama más grande que la del 640 y entran a jugar otros factores que van más allá de lo que queríamos. El juez determina la gravedad del riesgo, no lo determina, pero si le damos los elementos va a terminar juzgando en ese sentido. No importa que no haya nexo causal, juzga la validez del consentimiento dado por la aseguradora. Lo que en definitiva le estamos diciendo es que pusimos pautas y que en ellas la aseguradora basó el contrato en esos términos, si no era así, tal vez el contrato no estaría vigente. Lo ideal sería que pudiéramos probar que esa reticencia era relevante para el contrato.

Debe anularse el contrato aun cuando la circunstancia callada o falsamente omitida, no influya efectivamente en el acaecimiento del siniestro ni en la extensión del daño, se trata de un vicio en la voluntad del asegurador. El asegurador, les parecerá reiterativo, pero queremos marcar qué debemos hacer para aplicar esta cláusula. Porque a veces no somos claros en lo que tenemos para probar y que es de aplicación. El vicio es deformación del contrato, apunto a que si yo hubiera sabido eso, el contrato estaría vigente, la persona pagó realmente por lo que quiere recibir como indemnización. Es probable que no haya pagado para tenerla, entonces el vicio es de contrato. El

640 habla de nulidad, volvemos al punto cero y este contrato es como si no hubiera existido. Defecto que, cuando aplicamos el 640, en realidad lo que hacemos es rescindir. Más adelante en virtud de la ley de seguros, tiene un poco que ver con eso, que hoy el 640 es contundente. Si hubo vicio no hay contrato, este no existió y es la premisa.

La nulidad podrá invocarse aunque la reticencia no hubiere tenido lugar en la pérdida o deterioro de las cosas aseguradas. Lo mismo, no analizaré el siniestro, un defecto es analizarlo, no hay que ir de nuevo al suscriptor y decirle, descubrimos esto, al momento de la suscripción del negocio estas condiciones no estaban sobre la mesa, su conducta hubiera sido diferente. ¿La conducta del suscriptor hubiera sido diferente si hubiera tenido real conocimiento de esas circunstancias?, esa es la pregunta. Según lo que conteste será o no de aplicación el 640 porque si no hubiera modificado los términos del contrato no se configura reticencia. Hay elementos que no son relevantes y, lo que exige el 640, es que hubieran modificado o impedido el contrato. Entonces ojo cuando valoramos las reticencias o falsas declaraciones. Entiendo que esa valoración es del suscriptor que ahora analiza un caso lo más objetivamente posible, para él no hay nombres, situaciones comerciales, no hay nada, pautas de suscripción, hay estadísticas, tarifas, lo que hace es: tengo estos elementos, cae acá, cae allá, lo rechazo. Entonces le doy esos nuevos elementos y que haga el mismo ejercicio y si el resultado es hubiera hecho lo mismo, entonces no hay una configuración de reticencia y no podré esgrimir el 640. Probablemente busque otras cosas si en realidad entiendo que tiene relación con el siniestro. Iré a buscar por ejemplo condiciones pre existentes, otros defectos, los no doctores sabemos de memoria el 640 pero, a veces, y después de muchos años descubrimos que no es tan fácil aplicarlo. Aclaro su alcance y qué preciso para poder probarlo. **La nulidad del contrato de seguro es procedente aunque la circunstancia callada o inexacta haya tenido influencia en la producción del siniestro.** Se dice que como la misma busca mantener el equilibrio en el contrato, verificada la inexactitud, procede la anulación. El equilibrio económico del contrato de seguro lo podemos ver desde el punto de vista particular de esa póliza que no pagó lo que debía, pero a mí me gusta verlo como la sustentabilidad del negocio genérico de la cartera. Si nosotros pagamos cosas que no están previstas, pero si habitualmente pagamos cosas que no deberíamos, las tarifas contemplan pagar los siniestros esperables, que ocurran por lo que es el seguro y lo que es el riesgo, pero no por vicios del contrato. No lo tenemos previsto ni es el objeto. Habría que cortar con la percepción del cliente de que las aseguradoras buscan motivos para no pagar el siniestro. No, las aseguradoras quieren pagar los siniestros que deben pagarse, los que no tienen vicios. Lo hacemos con mucho gusto porque la mejor publicidad que tiene una aseguradora es pagar los siniestros, ahora, cuando hay vicios no los queremos pagar y ponemos las herramientas para no pagar los siniestros que no deben pagarse.

Para que se configure el incumplimiento del deber de declaración no se exige que haya ninguna declaración de la circunstancia falsa con el eventual siniestro. En el momento de la realización del pacto el riesgo era diferente al declarado. Volvemos a lo mismo. Hicimos un

pacto basado en lo que me dijo el asegurado y lo que el asegurador decidió hacer, si no era cierto, el asegurador tampoco tendría que tomarse como válido.

El proponente del seguro que oculta, está violando la carga de informar lealmente. Es un deber de informar, eso se basa en los contratos de seguros, que ambas partes van a actuar lealmente.

Son matices pero todas concluyen en lo mismo, una cosa que quería comentar es que podría pasar que lo que descubro que omitió ya no esté presente en el momento del siniestro. Sin embargo igual sería de aplicación. Con esto quiero decir que una patología que tenía la persona al momento de suscribir el negocio, no la declaró, se basó el contrato en eso, llega el momento del siniestro, descubrimos que tenía esa patología, aun cuando no la tenga en el presente, igual es un obstáculo y configuraría reticencia, porque yo no estoy evaluando ahora, lo estoy llevando al punto cero y decidiendo cómo hubieran sido los términos de ese contrato.

La reticencia está vinculada al elemento riesgo y no al siniestro. Volvemos, la evaluación del riesgo es al principio, en algunas pólizas el siniestro no ocurre, el riesgo, lo que pusimos sobre la mesa el día de negociación. **La reticencia es un instituto fundado en el deber precontractual objetivo de informar sobre el verdadero estado del riesgo.** Una vez más la carga es del asegurado. Ahora vamos a ver el deber de los aseguradores, porque sería muy fácil decir el deber del asegurado es informar. Ahí abro una hoja en blanco y le digo usted escriba lo que le parezca, es demasiada carga, el asegurador tiene que orientar en ese sentido. Es lo que vamos a proponer. Podrá invocarse la nulidad por reticencia cuando se constate que la omisión o falsa declaración se trata de una representación falsa relevante en la evaluación del riesgo. Por parte del asegurador, es decir que hubiera variado la decisión de la empresa. Con los elementos que nos da el asegurado lo que hace el suscriptor es una representación de la realidad, él no le hace una historia clínica, no le hace una entrevista, no lo manda a un laboratorio. Esos serían elementos objetivos en la suscripción. Estamos siempre basados en la declaración jurada de salud, en lo que declaró la persona, no en lo que yo le mande a hacer en un laboratorio, no estamos en eso, estamos en lo que me dijo, lo que hice fue una representación del riesgo. Como les decía todo esto que hemos leído, donde todos los autores de una manera u otra nos están reafirmando la misma idea: no busquemos en el siniestro, busquemos en la suscripción, esas inexactitudes hubieran modificado el riesgo. La conducta del suscriptor, hubiera sido diferente. Pese a que parece que estamos todos de acuerdo, cuando llegamos al juicio no estamos de acuerdo.

Veamos un par de sentencias en las que el juez interviniente se inclinó por no aplicar la reticencia.

En esta primera, leyendo la conclusión de la sentencia, inicia diciendo la aseguradora no presentó prueba suficiente. En realidad presentó reticencia y no me terminó de convencer, entonces terminó sentenciando que no había nexo causal entre el siniestro y la reticencia. Creo que fue responsabilidad de la aseguradora dejar que el foco se pusiera en otro lugar. Si nosotros

queríamos aplicar el artículo 640, debimos hacer que el magistrado pusiera el foco ahí y darle los elementos. No permitir que mirara para el costado. Eso es responsabilidad del asegurador, poner sobre la mesa todo lo que queremos que se considere, si no lo hacemos quedamos sujetos a que entren a jugar otros factores que tienen que ver con la otra justicia, la del ciudadano de ser más débil frente a determinada situación y, todos tenemos corazón y si nos convence más y la aseguradora no es contundente en la prueba, le dejé el momento de debilidad sobre la mesa. Este caso en particular, recuerdo que la persona murió por algo que no tenía nada que ver con la omisión, eso fue en definitiva el determinante para que el juez dijera pobre hombre, no dijo que era ciego pero murió del corazón. Estoy inventando... es responsabilidad de la aseguradora tener los elementos de convicción suficientes antes de embarcarse en este propósito. Porque sabemos que hay otras cosas y, si le digo al Juez que aplique el 640, debo darle los elementos que justifiquen su aplicación y si no los tengo, evitemos llegar a esa instancia.

Otra sentencia adversa va a la sustancia del artículo y lo que concluye la Suprema Corte, es que la omisión no hubiera constituido una reticencia. Era un caso de pluralidad de seguros, el cliente había omitido decir que tenía otros seguros vigentes y lo que la compañía trató de alegar fue reticencia. Bueno, está bien, no lo dijo pero era relevante para el riesgo. Es discutible, la pregunta es: ¿el suscriptor, sabiendo que existían seguros, no en la propia compañía, en otra, hubiera tenido una conducta diferente? Mi respuesta desde la suscripción es no. Si hubiera sido dentro de la empresa sí, pero hubiera querido cerciorarse de que el riesgo que estaba asumiendo estaba respaldado por un satisfactorio estado de salud del asegurado. Pero en particular, capaz que no todas las aseguradoras se manejan igual, no estamos cobrando o aplicando condiciones diferentes a un asegurado que ya tiene seguros en otra aseguradora. Eso no hubiera modificado los términos del contrato y por ende no era de aplicación el 640.

Pusimos sentencias adversas pero en realidad no lo son tanto. Si es de aplicación el 640 se está aplicando; pero cuando lo queremos aplicar cuando no aplica, estamos equivocados. Viene por ese lado.

En función a todo lo que he conversado, lo importante para poder aplicar el artículo del 640 de reticencia, es que debemos ser cuidadosos y prolijos como aseguradores en los procesos. Nos cuesta aceptar cuando perdemos un juicio por no haber notificado en tiempo y forma, por no haber tomado notificación por escrito y terminamos sacando el foco de la cuestión. El foco era que me mintió, ocultó información, no dijo lo que tenía que decir, y terminamos pagando un siniestro porque no hicimos una notificación. Porque no tenemos documentado lo que queremos esgrimir, ese es el deber del asegurador, cuando le voy a exigir al asegurado el deber de informarme, yo también tengo deberes en relación a eso, pasan por ejemplo por incluir todos los aspectos relevantes de forma clara, lo que quiero saber, tengo que preguntarlo, por supuesto que mi directora no me dejará hacer una declaración jurada de diez hojas, pero me dejará hacer preguntas, lo que me interese para el riesgo e incluir un espacio de preguntas genéricas, para que lo que omití, después pueda agregarlo. Así no me podrán contestar no lo dije porque no me lo preguntaron, que es lo más común. O no entendí que me lo estaban preguntando, a veces somos

demasiado técnicos en el lenguaje y quien lo llena no es un médico. Es un usuario común del sistema de seguros y no está familiarizado con la operativa y preguntas técnicas, pueden llevar a una respuesta sin mala fe, pero que si lo hubiéramos preguntado de otra forma, no hubiera existido la omisión o inexactitud. A veces miremos hacia adentro y tal vez el defecto sea nuestro y no del asegurado. Documentar los procesos, incluir los aspectos relevantes y dejar de lado lo que no nos cambiaría el riesgo y dejar un espacio por si hay algo que se nos escapó, cuando hacemos las preguntas recorremos los órganos del cuerpo humano y decimos ya pregunté lo respiratorio, lo cardíaco, y no pregunté algo que no pertenece a esos órganos, entonces dejemos ese espacio para dar la chance para que aparezca. Hacemos todo eso para que el foco vaya al lugar que tiene que ir. Cuando quiero aplicar el 640, tengo que comprobar que cuento con los elementos suficientes para la retención. Si no buscaré otra forma, pero no este artículo si no tengo prueba. Es fundamental, por un tema de formación mía, el informe es del suscriptor, quien debe decirle a reclamaciones si su aplicación del 640 prosperaría es el suscriptor. Al que una vez más debo enfrentarlo a analizar el candidato como si fuera nuevo, pero con la nueva información. Hacerlo parar en el punto cero y decirle, ahora que tienes todo hubieras hecho lo mismo y si me dice sí, descarto el 640 porque en eso no hay ninguna desviación en los argumentos en que, para poderlo aplicar tiene que haber modificado o impedido el contrato y eso es en el momento de la suscripción.

Voy a llegar hasta acá, darles la visión del suscriptor en una visión legal, me disculpo por el atrevimiento, pero es lo que hacemos todos los días, tratar de conciliar la aplicación del seguro, las herramientas que tenemos, en general son legales, lo que tengo es que trabajar es que la información que recabe, desde que inicio la venta hasta que termina en un siniestro, sea completa para que siempre todos los elementos vayan de la mano.

Muchas gracias.

Aplausos...