



Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

24140006/2011

NIVELA , VÍCTOR HUGO c/ NACIÓN SEGUROS S.A. s/COBRO
DE PESOS/SUMAS DE DINERO

Córdoba, de marzo de 2026.- BMF

Estos autos traídos a despacho a fin de resolver, de los que resulta:

I. Que el Sr. Víctor Hugo Nivelá inicia demanda contra Nación Seguros S.A. por el cobro de la suma de \$48.814, con más actualización e intereses, en concepto de indemnización por incapacidad total y permanente prevista en el Seguro de Vida Optativo (Póliza 1006). Relata que se desempeñó durante 37 años en el Banco de la Nación Argentina, alcanzando el cargo de Tesorero de Primera.

Sostiene que contrajo diversas patologías que derivaron en una incapacidad superior al 66% de la T.O., hecho reconocido legalmente por la Cámara Federal de la Seguridad Social mediante sentencia definitiva N° 14005 en el año 2010, otorgándole el retiro por invalidez. Indica que, tras denunciar el siniestro, la aseguradora rechazó el pago mediante carta documento con fecha 21/12/2010, alegando que no padecía la incapacidad invocada.

Asimismo, el actor precisa que sus dolencias físicas (en columna cervical, lumbar y rodillas) y psíquicas (depresión reactiva) se originaron directamente por el "modo y tipo de trabajo efectuado" durante su extensa trayectoria bancaria, la cual incluía tareas de atención al público y la carga de cajeros automáticos que demandaban esfuerzos físicos y posturas viciosas.

Refiere que el derecho al cobro del seguro nació el 29 de septiembre de 2010, fecha en que debió formalizar su renuncia a la entidad bancaria debido a su imposibilidad física de continuar con la tarea de tesorería, momento para el cual ya se encontraba cubierto por el pago mensual de primas descontadas de sus haberes. Fundamenta su reclamo en que la incapacidad constatada es de carácter definitivo e incompatible con sus funciones habituales, lo cual fue ratificado por el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Federal.



II. A su turno, la demandada Nación Seguros S.A. se presenta solicitando el rechazo total de la demanda con costas. Niega que el actor padeciera la incapacidad total y permanente al momento de la denuncia del siniestro en noviembre de 2010.

Argumenta que las patologías invocadas son de carácter evolutivo, por lo que un estado de salud determinado años después del cese laboral no puede ser utilizado para validar un reclamo indemnizatorio que debió cumplir sus requisitos al momento del distracto.

En su alegato, la aseguradora hace especial énfasis en que la pericia médica practicada en autos -doce años después de la denuncia del siniestro- carece de incidencia para resolver la litis, ya que solo reflejaría un agravamiento posterior ajeno a la cobertura reclamada en 2010. Sostiene que se basó en el resultado de su propia junta médica interna que, en su oportunidad, verificó que el asegurado no presentaba afecciones con jerarquía invalidante suficiente para activar la póliza.

Por último, plantea que la admisión de la demanda implicaría un desconocimiento de su derecho de defensa, puesto que la demora en el proceso no le es imputable y las condiciones físicas actuales del actor no son las mismas que imperaban al finalizar la relación laboral.

III. Abierta la causa a prueba, se diligenciaron las medidas ofrecidas por las partes, entre las que se destacan: Documental e Informativa: se incorporaron los recibos de haberes donde constan los descuentos de las primas del seguro; el expediente administrativo de ANSES y las actuaciones ante la Comisión Médica de la SRT; Pericial Médica Oficial: Informe pericial de fecha 20/04/2021; respecto del cual se declaró decaído el derecho de la demandada a impugnarlo por no haber contestado el traslado de ley en tiempo y forma, sin perjuicio de que en su memorial de alegatos la aseguradora cuestionó su incidencia técnica alegando el tiempo transcurrido (doce años) desde la denuncia del siniestro.

IV. Clausurado el término probatorio ambas partes presentaron sus memoriales de bien probado: el actor ratificando que la incapacidad total quedó demostrada con la pericia médica oficial del Dr. Pérez (que determinó un 74,9% de incapacidad) y la sentencia definitiva de la Cámara Federal de la Seguridad Social (que reconoció una invalidez del 70 ,33%); en tanto, la demandada insistiendo en el rechazo de la acción alegando que la pericia judicial carece de incidencia por haber sido practicada doce años después de la denuncia del





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

sinistro y basándose en el dictamen médico administrativo que oportunamente motivara su declinación; quedando la causa en condiciones de ser resuelta.

Y CONSIDERANDO:

I. Que el actor ha reclamado el pago de la póliza de seguro contratada por su ex empleador -Banco de la Nación Argentina- con la demandada Nación Seguros S.A., y que ésta se lo ha denegado por considerar que no reúne el grado de incapacidad requerido por el contrato de seguro y la póliza contratada, alegando que al momento del siniestro no padecía una invalidez total y permanente.

II. Partiremos de un hecho básico incontrovertido: ninguna de las partes en conflicto ha negado la existencia de la Póliza de Seguro N° 1006 (Certificado N° 16151) contratada por el Banco de la Nación Argentina en su carácter de empleador. A partir de ello, el Tribunal debe expedirse sobre la procedencia de la pretensión del actor, quien reclama el pago de la indemnización por incapacidad total y permanente. La controversia se centra en determinar si la incapacidad del Sr. Nivelá supera el umbral del 66% de la T.O. establecido para configurar el riesgo de invalidez total y permanente. Abordaremos en primer lugar si el actor ha logrado acreditar las afecciones invalidantes denunciadas y la fecha en que se produjo tal estado.

III. En este sentido, resulta determinante el informe médico pericial elaborado por el perito oficial designado en estos autos -Dr. Julio César Pérez- con fecha 20/02/2020. Afirma el experto que el examen físico y los estudios complementarios permitieron comprobar la existencia de las patologías denunciadas, adjudicando los siguientes porcentajes: a) Trastorno depresivo grado III (40%); b) Diabetes Mellitus Tipo II (15%); c) Hipoacusia bilateral (8,14%); d) Limitaciones funcionales en columna cervical, lumbar y rodillas (8%, 7% y 8% respectivamente). Concluye que la sumatoria, bajo el método de capacidad restante, arroja un total de 74,9% de la T.O. -de carácter actual, total, permanente y definitiva -.

Ahora bien, al analizar el nexo causal, el experto médico describe los antecedentes laborales del Sr. Nivelá, quien mantuvo una antigüedad de 37 años en el Banco de la Nación Argentina. Refiere el perito que el actor se desempeñó como Tesorero de Primera, realizando atención al público y la carga de cajeros automáticos, labores que le exigían movimientos repetitivos y posturas viciosas (de pie o en cuclillas). Concluye que el modo y



tipo de trabajo efectuado fue el factor preponderante en el deterioro de su integridad anátomo-funcional, existiendo un vínculo directo entre las tareas y el cuadro de invalidez.

IV. Las conclusiones del perito oficial resultan coincidentes con la sentencia definitiva N° 14005 de la Cámara Federal de la Seguridad Social (Sala II) dictada el 21/12/2010 en los autos caratulados: “Nivela, Víctor Hugo c/ Nación AFJP s/ Retiro por Invalidez”, donde tras considerar la historia clínica y los informes forenses, se dejó sin efecto lo dictaminado por la Comisión Médica Central y se determinó que el actor presenta un porcentaje de invalidez del 70,33%. Por tal motivo, se le otorgó el beneficio de Retiro por Invalidez a partir del 29/09/2010, fecha concurrente con su desvinculación laboral del Banco Nación.

V. Del resto de la prueba médica agregada en autos, incluyendo los certificados de la Dra. Irma Margarita Drueta (quien ya en septiembre de 2008 informaba una incapacidad superior al 66%) y el dictamen del Cuerpo Médico Forense que sirvió de base para la sentencia de la Cámara Federal de la Seguridad Social, también surge con claridad que las patologías que padece el actor son de origen previo al cese laboral y se fueron agravando durante su extensa relación de dependencia de 37 años. Ello se corrobora con las licencias médicas iniciadas en octubre de 2008 y el tratamiento psiquiátrico de larga data por depresión reactiva y síndrome cerebral orgánico, cuadros que consolidaron su estado de invalidez total antes de formalizar su renuncia en septiembre de 2010.

A ello se añade el informe del Dr. Eduardo Gasparrini (Cuerpo Médico Forense) que en 2015 determinó un 77,23% de incapacidad, señalando que la condición del actor es incompatible con la tarea de tesorero denunciada y tiene carácter definitivo.

VI. Recordemos que la fuerza probatoria del dictamen será estimada conforme al art. 477 del CPCCN. En función de ello, la evaluación del perito Pérez se encuentra debidamente sustentada en los 37 años de servicios y en los estudios médicos valorados (estudios del IMC de 2008 y 2010, electromiogramas y audiometrías). En virtud de ello, puede concluirse que el Sr. Nivela se encontraba incapacitado durante la vigencia de la póliza cuyo pago se reclama.





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

VII. Que examinados los términos de la Póliza N° 1006, ésta cubre el riesgo de invalidez total y permanente. Habiendo quedado acreditado el estado de incapacidad superior al umbral establecido al momento de su renuncia en septiembre de 2010, el seguro debe ser abonado.

Asimismo, a los fines de precisar la vigencia temporal de la garantía y la situación de revista del asegurado, surge de la prueba documental que el Sr. Nivelá formalizó su renuncia al cargo ante el Banco de la Nación Argentina mediante telegrama de fecha 29 de septiembre de 2010. Resulta relevante advertir que, si bien el último recibo de haberes que luce agregado materialmente en el expediente data de septiembre de 2009, tal circunstancia se explica por el prolongado estado de inactividad del agente, quien permaneció bajo licencia médica ininterrumpida desde el 08/10/2008 hasta el 28/09/2010, conforme consta en el detalle de la denuncia de siniestro informada por el propio empleador.

Sin perjuicio de esta licencia, la vigencia del contrato de seguro y la operatividad de su cobertura al momento del distracto no admiten controversia, por cuanto en el mismo instrumento administrativo se certificó fehacientemente que el pago de las primas se mantuvo vigente, encontrándose cubierto el Sr. Nivelá hasta el 30/09/2010, lo que garantiza la protección del riesgo de incapacidad total reclamado hasta el momento mismo de su retiro efectivo.

VIII. Asimismo, debe ponderarse la aplicación del principio de buena fe contractual (Art. 961 CCCN), el cual rige como un estándar de conducta para ambas partes en la ejecución del contrato de seguro. De esta forma, la conducta del Sr. Nivelá se ajustó a dicho principio: mantuvo 37 años de relación laboral, cumpliendo con el pago de las primas mediante descuento de haberes, y actuó con transparencia al denunciar el siniestro y someterse a los exámenes requeridos por la aseguradora.

IX. Por otra parte, resulta relevante precisar que en el marco de la interpretación integral del contrato, debe señalarse que la relación que vincula al Sr. Nivelá con Nación Seguros S.A. encuadra en una relación de consumo regulada por la Ley 24.240. Al tratarse de una póliza de adhesión, rige el principio in dubio pro consumidor, debiendo prevalecer la interpretación más favorable al asegurado frente a cláusulas restrictivas de la aseguradora.



La jurisprudencia ha ratificado que: "La protección del consumidor de seguros es de orden público y prevalece sobre las interpretaciones restrictivas que las compañías pretendan realizar sobre sus propias pólizas predispuestas" (Fallos 337:329; 331:819).

X. En razón de lo expuesto precedentemente, la buena fe y la protección del consumidor imponen que la aseguradora no se limite a una interpretación meramente formalista o restrictiva de las cláusulas de la póliza para liberarse de su obligación, especialmente cuando la invalidez del asegurado ha sido confirmada por otros organismos del Estado. No resulta razonable que la demandada pretenda imponer un rechazo administrativo genérico por sobre una sentencia definitiva de la Cámara Federal de la Seguridad Social y dos pericias judiciales concordantes que confirman la invalidez total. La expectativa de cobertura de quien contribuyó durante toda su vida laboral debe ser protegida.

La "expectativa de cobertura" del asegurado, quien contribuyó al sistema durante toda su vida laboral, debe ser protegida frente a rechazos que aparecen como arbitrarios ante la contundencia de las pruebas judiciales previas.

XI. En concordancia con ello, la conducta de la aseguradora debe ser evaluada bajo la Teoría de los Actos Propios, principio derivado de la buena fe que impide a una parte ponerse en contradicción con sus propios comportamientos anteriores, deliberados y jurídicamente relevantes. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha establecido que “nadie puede ponerse en contradicción con sus propios actos ejerciendo una conducta incompatible con otra anterior, deliberada, jurídicamente relevante y plenamente eficaz” (Fallos: 7:139; 275:235; 307:1602). En el caso de autos, Nación Seguros S.A. aceptó la vigencia del contrato y percibió las primas del Sr. Nivelá de manera ininterrumpida durante sus 37 años de servicio, incluso cuando el asegurado ya se encontraba bajo licencia por largo tratamiento desde el año 2008.

XII. Sentado ello, corresponde hacer lugar a la demanda y ordenar a NACIÓN SEGUROS S.A. que abone al actor los montos correspondientes a la Póliza N° 1006 por incapacidad total y permanente, Siniestro N° 180077405.

A los fines de determinar el monto indemnizatorio, debe estarse a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza N° 1006, específicamente en el apartado “Capital Asegurado Individual”, el cual establece que para los agentes de entre 41 y 65 años de edad —franja en la que se encontraba el Sr. Nivelá, ya que al momento del cese tenía 58 años—





Poder Judicial de la Nación

JUZGADO FEDERAL DE CORDOBA 2

el capital equivale a 20 veces el sueldo del asegurado. Ello así, se deberá abonar al actor los montos equivalentes a veinte (20) sueldos a la fecha del cese laboral.

Asimismo, conforme la Nota 2 de dichas condiciones, para este cálculo deben computarse los rubros del recibo de haberes tales como “Sueldo Básico”; “Título”; “Responsabilidad Jerárquica” y “Adicional función por dedicación funcional” mientras que la Nota 13 precisa que la incapacidad se determinará al momento del cese laboral.

En consecuencia, la base de cálculo se deberá tomar del recibo de haberes del último recibo de sueldo (\$1.145 de básico; \$1.145 por Responsabilidad Jerárquica; \$39 de adicional por título; y \$112 por adicional función por dedicación funcional), por ser el último mes de actividad completa previo a su licencia, para luego acogerse al retiro por invalidez con fecha 29/09/2010, arrojando la suma de \$48.820.

Ahora bien, atento al tiempo transcurrido, dicha cantidad debe ser abonada con más sus intereses, desde la fecha de solicitud de cobro de la póliza (24 de noviembre de 2010), conforme los siguientes parámetros: desde marzo de 2001 y hasta el 31-07-2015 aplicando la tasa pasiva promedio que publica el Banco Central de la República Argentina, con más el 2% mensual y desde el 1° de agosto de 2015 hasta la fecha del efectivo pago corresponde aplicar la tasa activa publicada por el Banco de la Nación Argentina.

XIII. Las costas del juicio serán soportadas por la demandada conforme al principio objetivo de la derrota receptado por el art. 68 del Código de Procedimientos en lo Civil y Comercial de la Nación.

La parte actora deberá confeccionar planilla firme de capital e intereses la que deberá ser presentada dentro de los diez (10) días de que el presente quede firme.

En relación a los honorarios de los letrados intervinientes y del perito oficial actuante, corresponde diferir la regulación de honorarios de los profesionales para el momento en que el Tribunal cuente con el monto de la demanda, integrada por el capital mandado a pagar con sus intereses.

Por todo ello;

RESUELVO:

1) Hacer lugar a la demanda interpuesta por Víctor Hugo Nivelá contra Nación Seguros S.A. y, en consecuencia, declarar el derecho del actor a percibir de la demandada la



indemnización por incapacidad total y permanente establecida en la Póliza de Seguro N° 1006 y ordenar el pago de la indemnización fijada, conforme a lo explicitado en el considerando XII.

2) Imponer las costas del juicio a Nación Seguros S.A. conforme al principio objetivo de la derrota (art. 68 del CPCCN).

3) Diferir la regulación de honorarios de los letrados intervinientes y del perito oficial, para el momento en que el Tribunal cuente con el monto de la demanda, integrada por el capital mandado a pagar con sus intereses.

4) Protocolícese y notifíquese.

